

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente

Enfermagem à Pessoa Idosa

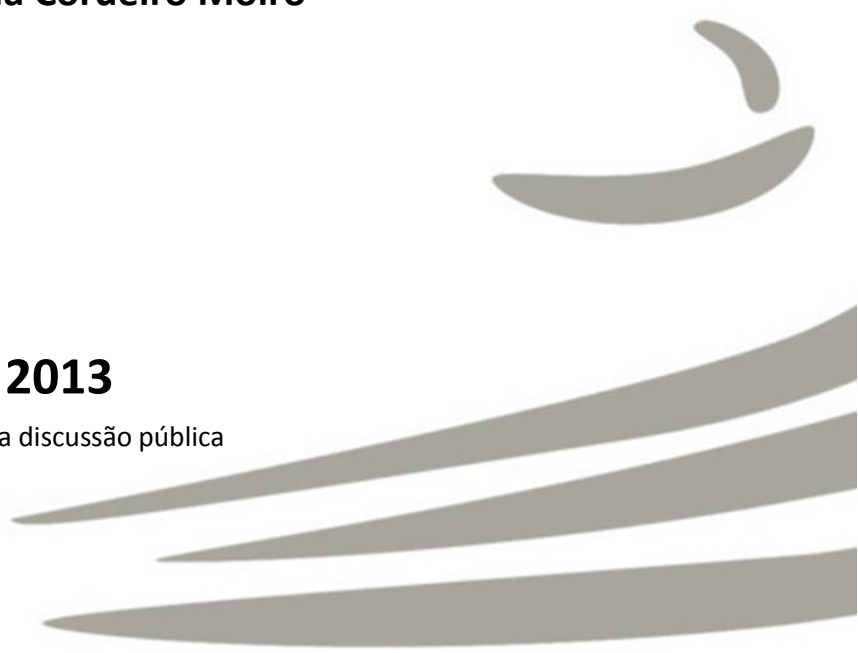
Consulta de Enfermagem ao Doente Idoso com

Insuficiência Cardíaca

Elvira Maria Cordeiro Moiro

2013

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente

Enfermagem à Pessoa Idosa

Consulta de Enfermagem ao Doente Idoso com

Insuficiência Cardíaca

Elvira Maria Cordeiro Moiro

PROFESSORA DOUTORA MARIA DOS ANJOS PEREIRA LOPES

2013



*Fala-me e talvez esqueça.
Mostra-me e talvez recorde.
Envolve-me e aprenderei.
Benjamin Franklin*

Ao Zé e João pelo amor e compreensão

Aos meus pais e avó pelos ensinamentos

À minha irmã, pela disponibilidade, que apesar de longe sempre presente

Aos doentes pela disponibilidade

À senhora enfª chefe do Serviço de Cardiologia Celeste Mendes e colegas pela disponibilidade na adesão a este projeto

À Srª.Prof.ª Pereira Lopes pelas aprendizagens

À Isabel e Susana pela partilha e companheirismo

OBRIGADA

RESUMO

Os cuidados aos idosos com insuficiência cardíaca inserem-se num desafio para os profissionais de saúde devido aos numerosos problemas de saúde consecutivos e ao envelhecimento. O tratamento é complexo dado este ser influenciado pelas diversas etiologias e pelas várias comorbilidades que afetam os idosos e também pela variabilidade individual e da resposta à terapêutica. Ao cuidar do doente idoso em consulta de enfermagem a enfermeira identifica, em conjunto com o idoso/família, as necessidades individuais de cuidados, estabelecem prioridades, elabora os diagnósticos de enfermagem, planeia e executa e avalia as intervenções de enfermagem personalizadas.

Este projeto de intervenção pretendeu mostrar o papel do enfermeiro na área da doença crónica ao doente idoso com Insuficiência Cardíaca e revelar as aprendizagens preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros inerentes ao perfil de competências comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Medico Cirúrgica na vertente da Pessoa Idosa e ainda dar visibilidade ao trabalho autónomo do enfermeiro na gestão do regime terapêutico. Foi levado a cabo por meio de uma metodologia de resolução de problemas e fundamentando-se numa filosofia da formação em contexto de trabalho e na literatura científica.

A grande mudança ocorrida durante este percurso de aprendizagem centrou-se no doente, que deixou de ter um atendimento despersonalizado para passar a ser uma pessoa com direito a um atendimento individualizado por uma equipa própria num espaço privilegiado, em consulta de enfermagem de forma a promover a sua capacitação em saúde. Ao cuidar do doente idoso em consulta de enfermagem a enfermeira identifica em conjunto com o idoso/família as necessidades individuais de cuidados, estabelecem prioridades, elabora os diagnósticos de enfermagem, planeia e executa e avalia as intervenções de enfermagem personalizadas.

Palavras-Chave: Pessoa Idosa, Insuficiência cardíaca, consulta de enfermagem

ABSTRACT

Taking care of elderly with heart failure disease is part of a challenge for healthcare professionals due to numerous health age-related issues. Treatment is complex because it is influenced by several etiologies and the various comorbidities that affect the elderly besides individual variation and response to therapy. By taking care of elderly patients in nursing consultation the nurse, altogether with the senior and family, identifies individual care needs, defines priorities, formulate nursing diagnostics, plans, executes and evaluate customized nursing interventions.

This intervention project aimed to show the nursing role in the area of chronic disease to the elderly patient with heart failure and reveal the learning advocated by the Portuguese Order of Nurses inherent competence profile common to all Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing the Elderly area and also give visibility to the nurses autonomous work in the management of the therapeutic regimen. It was carried out by means of a methodology for problem solving and relying on a philosophy of training in the workplace and based in the scientific literature.

A major change occurred during this learning process focused on the patient, who no longer is the subject of a depersonalized care to become a person entitled to an individualized care by a team in a very privileged space in nursing consultation to promote their empowerment in health. By taking care of elderly patients in nursing consultation, the nurse alongside with the senior and family identifies individual needs of caring, defines priorities, formulate nursing diagnoses, plans, executes and evaluates customized nursing interventions. It is mainly through the role of mentor and guide that will enable the nurse to the patient / family assume their autonomy in the small decisions of everyday life, that is, help you make the best choices, so it is necessary to provide them with learning that enable them to take responsibility for the conduct of their chronic disease.

Keywords: Elderly, cardiac insufficiency, nursing consultation.

ÍNDICE

SIGLAS	5
INTRODUÇÃO	7
1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	12
2 PROJETO DE INTERVENÇÃO	21
2.1 Projeto de Intervenção: Princípios e Contexto.....	21
2.2 Implementação do Projeto - Descrição e Análise do Processo e Principais Resultados	27
2.2.1 Diagnóstico da situação	28
2.2.2 Pertinência e Adequação do Projeto	30
2.2.3 Promover a Adesão do Grupo ao Projeto.....	32
2.2.4 Áreas de intervenção prioritárias.....	34
2.3 Metodologia de Aquisição de Competências	37
2.3.1 Preparação de Competências para Implementação do Projeto	38
2.3.2 Intervenção de Enfermagem numa Consulta à Pessoa Idosa com IC42	
2.4 Avaliação do Projecto	49
2.4.1 Resultados Inesperados.....	52
3 CONCLUSÃO	56
4 BIBLIOGRAFIA.....	60
APÊNDICES.....	67

SIGLAS

CEIC - Consulta de Enfermagem de Insuficiência Cardíaca

CIC – Consulta de Insuficiência Cardíaca

CIPE - Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção Geral de Saúde

DGS- Direção Geral de Saúde

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IC - Insuficiência Cardíaca

OE – Ordem dos Enfermeiros

SAPE – Sistema Aplicativo para as Práticas de Enfermagem

UCC - Unidade de Cuidados Coronários

INTRODUÇÃO

O presente relatório é o resultado da implementação do projeto de intervenção na área da doença crónica ao doente idoso com Insuficiência Cardíaca - **Consulta de Enfermagem ao Doente Idoso com Insuficiência Cardíaca** - pretende demonstrar as aprendizagens preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros inerentes ao perfil de competências comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na vertente da Pessoa Idosa, na área da gestão e supervisão de cuidados, formação, investigação e assessoria, respeitando os princípios éticos e deontológicos, descritos no Código deontológico dos Enfermeiros. O estágio decorreu no período de Outubro de 2011 a Março de 2012, no serviço de Hospital de Dia de Insuficiência Cardíaca de um centro hospitalar de Lisboa e na Consulta de Insuficiência Cardíaca do hospital onde exerço funções. Pretende dar visibilidade ao trabalho autónomo do enfermeiro no perfil de competências preconizado pela ESEL para a área de especialização de Médico-cirúrgica – vertente Saúde do Idoso - Intervir como perito na criação de condições que garantam a prestação de cuidados de qualidade; definição e operacionalização das políticas de saúde na pessoa idosa com doença crónica, ao nível local, regional, nacional e europeu; dinamização de uma cultura de melhoria contínua da qualidade dos cuidados e da formação dos profissionais.

As principais tendências da evolução dos cuidados de saúde no mundo, acompanhado das mudanças nos padrões de consumo, a adoção de estilos de vida não saudáveis, a alteração epidemiológica das doenças infecciosas e as não infecciosas são fatores facilitadores para favorecer o desenvolvimento de condições para o surgimento de doença crónica. Este fenómeno emerge associado ao novo paradigma de doença, à evolução tecnológica na assistência à saúde, à melhoria das condições de vida das populações e ao aumento significativo da esperança de vida da população. Em simultâneo surge o envelhecimento da população que ocasiona também um aumento das doenças crónicas e tem-se constituído num grave problema de saúde pública. O envelhecimento caracteriza-se por perda da capacidade fisiológica dos órgãos, dos sistemas e da consequente adaptação a situações de stress. É universal, progressivo, na maioria das vezes irreversível, e resultará em maior probabilidade de desenvolver doenças entre as quais surge a insuficiência cardíaca (IC), como sendo a via final comum da maioria das cardiopatias. Representa um grave problema de saúde pública,

considerando-se a prevalência crescente e os índices de hospitalizações associadas à alta morbidade e mortalidade.

Segundo o Ministério da Saúde (2003), as doenças cardiovasculares estão no topo deste problema, por causarem consequências nefastas para a pessoa, para a sociedade e para o próprio sistema de saúde. Assim, quanto melhor for a adesão ao tratamento prescrito, maiores são as possibilidades de o doente obter melhor qualidade de vida¹ e de diminuir a taxa de internamentos e a taxa de mortalidade, o que beneficia o doente e consequentemente o sistema de saúde. Como refere Cheng (2009), fazem parte integrante do tratamento da IC a adesão ao regime terapêutico.

No quotidiano de um serviço de internamento, o enfermeiro nem sempre está desperto para a preparação do doente idoso/família para a alta clínica. Por vezes a sobrecarga dos serviços de saúde leva a que haja uma duplicação de tarefas, levando o enfermeiro a descurar a parte educativa do cuidar em enfermagem com vista à preparação do doente idoso/família para a alta clínica. A diminuição do tempo de permanência dos doentes nas unidades hospitalares, a alta clínica precoce, o não planeamento atempado da alta de enfermagem, implica que o doente com IC saia do internamento hospitalar desprovido de ensinamentos necessários à consciencialização que favoreçam a alteração de comportamentos e facilitem a adesão ao regime terapêutico. A consulta de enfermagem poderá ser um lugar privilegiado de ensino/aprendizagem de preparação onde o enfermeiro vai sensibilizar e promover momentos de ensino e aprendizagem ao doente/família com IC na adaptação à sua condição de vida, contribuindo assim para uma maior adesão ao regime terapêutico. Para a Direção Geral de Saúde (2001) - (DGS) *“A consulta de enfermagem é uma intervenção visando a realização de uma avaliação, o estabelecer de um plano de cuidados de enfermagem no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado”*.

¹ Qualidade de vida - É uma percepção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e dos valores em que as pessoas vivem, e relacionada com os objectivos, expectativas, normas e preocupações. É um conceito amplo, subjectivo, que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspectos importantes do meio ambiente (OMS 1999).

A qualidade de vida deve ser vista como um constructo multidimensional, que tem adjacente alguns pressupostos, tais como, a qualidade de vida não é ausência de doença, manifesta-se ao nível do bem estar e da funcionalidade, é uma configuração do bem estar, é uma dimensão auto-percebida, abrange aspectos físicos, mentais, sociais e ambientais, em suma, é um processo dinâmico, Ribeiro

É dando ênfase à função educativa da enfermagem que o enfermeiro informa, orienta e apoia o idoso com IC, com vista à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes no sentido do desenvolvimento de competências na área do cuidar de si mesmo em casa. Sendo esta uma das funções básicas e independente da atividade de Enfermagem, contemplada no Código Deontológico do Enfermeiro², ao ser desenvolvida, leva os enfermeiros a desempenharem uma missão importante na formação do doente/família para prosseguir com o seu projeto de saúde, assumindo assim papel de educador. Para Collier (1989:285) *“acção de enfermagem situa-se, por um lado, em relação a tudo o que melhora as condições que favorecem o desenvolvimento da saúde, com vista a prevenir, a limitar a doença, por outro, em relação a tudo o que revitaliza alguém que esteja doente”*.

Após a delimitação da problemática a abordar e na fase de planeamento do projeto de estágio elaborei as seguintes questões de partida: Como se Implementa uma Consulta de Enfermagem ao Doente Idoso com Insuficiência Cardíaca? Quais as Intervenções de Enfermagem Promotoras de Adesão ao Regime Terapêutico?

Estabeleci como finalidade, dar início à elaboração de um protocolo de intervenção numa consulta de enfermagem de insuficiência cardíaca à pessoa idosa no hospital.

Preconizei como objetivo geral deste projeto que a pessoa idosa com IC disponha de um atendimento de enfermagem de forma regular e sistematizada numa consulta enfermagem que promova a individualização dos cuidados.

Como objetivos específicos estabeleci prestar cuidados de enfermagem à pessoa idosa com IC, dando ênfase à apreciação e documentação dos cuidados e também, iniciar a construção de instrumentos norteadores para os cuidados de enfermagem promotores da adesão ao regime terapêutico na pessoa idosa com IC.

Como método de trabalho de projeto recorri às técnicas e ferramentas da resolução de problemas, aos princípios da formação em contexto de trabalho e à autoformação para dar consecução ao projeto e produzir mudança sobre a realidade. Com estes pressupostos pedagógicos subjacentes pude construir um processo de novas compreensões sobre a realidade do cuidar em enfermagem hoje, pondo em causa os modos de pensar e de agir tradicionais da enfermagem. Assim, orientando-me pelo

² Artigo 80 b) o enfermeiro assume o dever de «participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detectados».

pensamento de Sanches (2005), o enfermeiro ao questionar-se e questionar os contextos/ambientes de aprendizagem e as suas práticas, numa dialética de reflexão-ação-reflexão contínua e sistemática, está a processar a recolha e produção de informação válida para fundamentar as estratégias/atividades de aprendizagem que irá desenvolver. Ao partilhar essas aprendizagens com os seus pares e adequando-as à realidade onde trabalha, está a desencadear um processo dinâmico, motivador, inovador, responsável e responsabilizante dos vários intervenientes do processo de mudança.

Tendo como mediador este projeto que era necessário à unidade de internamento onde trabalho, recorri aos pressupostos da formação em contexto de trabalho para um maior envolvimento da equipa de enfermagem na implementação do mesmo.

O presente relatório pretende demonstrar o processo de autoformação de futura enfermeira especialista que cuida da pessoa idosa com IC, no percurso que mediou a Unidade Curricular de Estágio, fundamentando a minha prática na evidência científica e procuro dar visibilidade às aprendizagens efetuadas.

Optei por desenvolver o estágio em dois contextos clínicos, um numa unidade hospitalar de Lisboa, que decorreu entre 24/10/2011 a 4/11/2011. Elegi este campo de estágio pela necessidade de conhecer e compreender noutra instituição o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros numa consulta de enfermagem de IC. O segundo campo de estágio decorreu na consulta de IC hospital onde desempenho funções, no qual desenvolvi o projeto, encarando-o como um ensaio e experiencia piloto de cuidados como enfermeira prestadora de cuidados, durante dois dias por semana.

Os eixos norteadores da minha aprendizagem em termos de pensamento enfermagem foram essencialmente três autoras: Henderson, Collière e Benner. O articulado do seu pensamento ajudou-me a fundamentar e a compreender melhor o papel que se espera do enfermeiro especialista no século XXI.

Assim considerando que os enfermeiros têm um papel fulcral em “... *ajudar o indivíduo, doente ou saudável (...) nas actividades, que contribuem para a saúde ou a sua recuperação ou morte serena que a pessoa realizaria sem ajuda se tivesse a força, a vontade **ou conhecimento**...*” Henderson (2004) e que a “... *acção da enfermagem situa-se, por um lado, em relação a tudo o que melhora as condições que favorecem o desenvolvimento da saúde, com vista a prevenir, a limitar a doença e, por outro, em*

relação a tudo o que revitaliza alguém que esteja doente.” Collière (1989), estes pressupostos nortearam a minha reflexão e prática quotidiana durante este percurso académico.

Este relatório está organizado em quatro partes: comecei por fazer uma breve introdução ao projeto de estágio identificando a preocupação de partida, finalidade, objetivos, metodologia e contexto clínico onde se desenvolveu o projeto. De seguida apresentarei o enquadramento teórico, onde se faz a revisão sistemática da literatura norteando-me pelo pensamento de alguns domínios dos Cuidados de Enfermagem de Patrícia Benner e Collière. Na terceira parte apresento a metodologia utilizada, a descrição e análise dos principais resultados obtidos em termos de aprendizagem. Descrevo o desenvolvimento de competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros para o enfermeiro especialista através do projeto vivido e da prestação e cuidados. Na quarta parte é feita a conclusão do trabalho com a sistematização dos resultados obtidos e das aprendizagens efetuadas.

1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Assiste-se atualmente a um aumento da população idosa nos países desenvolvidos e especialmente na Europa. Portugal não é exceção, sendo um dos países mais envelhecidos da União Europeia. Vários fatores têm vindo a contribuir para este fenómeno, nomeadamente a redução da fecundidade, o aumento da esperança média de vida, a redução das taxas de mortalidade na idade jovem e adulta e as alterações dos fluxos migratórios (Figueiredo, 2007, Moura, 2006). O grande progresso nas áreas da ciência e tecnologia que ocorreram durante o século XX e que ainda ocorrem contribuem de forma decisiva para o aumento da esperança de vida da população à qual se associa um crescimento da população idosa. O aumento da longevidade na sociedade atual coloca novos desafios aos enfermeiros, tendo vindo a influenciar as suas práticas de cuidados, o que implica atualização constante na sua formação, para ir de encontro às verdadeiras necessidades da pessoa idosa³ numa perspetiva multidimensional, de modo a que se possam desenvolver estratégias e mobilizar recursos para a promoção do autocuidado⁴, ajudando-a a encarar o processo de envelhecimento⁵ como uma etapa da vida. A formação desempenha um papel determinante na evolução dos cuidados de enfermagem, exige atualização permanente do conhecimento científico. Assim, como fonte científica do enquadramento teórico deste projeto, recorri à pesquisa bibliográfica e também aos artigos publicados na base de dados EBSCOhost, em português, ou inglês, dos últimos dez anos que estivessem disponíveis em Full text. As palavras-chave utilizadas foram “Herat Failure, Elderly, Consultation Nursing”, associadas em várias pesquisas. Tendo sido apenas selecionados artigos que respondessem ao tema em estudo.

A análise da bibliografia e dos artigos revelaram que o envelhecimento é um processo biológico inevitável, mas não é único, pois implica modificações somáticas e psicossociais. Deste modo as dimensões biológicas, sociais e psicológicas interagem de forma ininterrupta de acordo com a interação do homem, onde cada um afeta e é afetado, (Sequeira 2010). A funcionalidade global do organismo humano vai tendo um

³ Pessoa idosa- considere pessoa idosa todo o homem ou mulher com idade igual ou superior a 65 anos Direcção Geral de Saúde – Plano Nacional das Pessoas Idosas (2004-2010)

⁴ Autocuidado – Actividade executada pelo próprio: Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades da vida diária. Cipe versão (2011).

⁵ Envelhecimento – Entende-se o envelhecimento humano como um processo de mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social, que se desenvolve ao longo da vida (Ministério da Saúde, 2004)

declínio gradual com o avanço na idade. Esse declínio pode ser bem ou mal sucedido dependendo dos fatores intrínsecos e extrínsecos sofridos ao longo da idade.

As modificações fisiológicas do envelhecimento, como a redução das células e a perda das reservas fisiológicas atingem todos os órgãos e sistemas em ritmos diferentes atingindo a sua funcionalidade. Também o sistema cardiovascular apesar de funcionar normalmente sofre alterações significativas no processo de envelhecimento. O coração diminui a sua capacidade máxima devido à perda de eficácia e de contratilidade do músculo cardíaco, no entanto esta diminuição da capacidade cardíaca não perturba o estado de saúde do idoso, visto que todas as outras funções metabólicas também se encontram diminuídas. A aceleração normal do ritmo cardíaco faz-se mais lentamente devido à perda de contratilidade e à diminuição da estimulação enzimática, por isso o coração do idoso não responde tão eficazmente ao esforço contribuindo para um cansaço fácil (Kawaguchi 2003). No entanto, se a pessoa idosa estiver frequentemente exposta a um maior esforço físico associado a fatores de risco da doença cardíaca, corre maior risco de desenvolver doença isquémica, arritmias e insuficiência cardíaca como refere Berger (1995). É de salientar que no idoso ocorre um conjunto de alterações a nível fisiológico que reduzem a reserva fisiológica o que contribuem para uma diminuição na sua capacidade de resposta às agressões cardíacas, favorecendo assim a probabilidade de desenvolver IC (Kawaguchi 2003).

Assim, como resultado do envelhecimento da população e dos avanços nos cuidados de saúde a IC é uma condição crónica cada vez mais frequente na população em geral e mais prevalente no idoso (Nessler 2008). Ainda de acordo com este autor, pode-se observar no coração envelhecido, alterações semelhantes às encontradas em corações dos doentes com IC.

A IC é um estado fisiopatológico em que existe uma alteração da função cardíaca, em consequência da qual o coração é incapaz de bombear o sangue ao ritmo adequado às necessidades metabólicas dos tecidos ou só o pode fazer com uma pressão de enchimento elevada, (Braunwald 1999). A IC é uma síndrome clínica complexa de carácter sistémico, definida como disfunção cardíaca que ocasiona inadequado fornecimento sanguíneo para satisfazer as necessidades metabólicas tecidulares, na presença de retorno venoso normal, ou só é efetuado com elevadas pressões de enchimento, (Mangini, 2008).

A principal função do coração consiste na transferência do sangue que chega aos ventrículos, proveniente do sistema venoso de baixa pressão, para o sistema arterial de pressão elevada. Uma alteração da função cardíaca provoca incapacidade para esvaziar o sistema venoso e reduz o débito cardíaco para a circulação pulmonar e arterial, que conduz à insuficiência cardíaca, (Braunwald 1999). Quando falamos em IC estamos a referir-nos a uma disfunção do coração para bombear sangue suficiente às necessidades do organismo. A IC é uma síndrome clínica na qual os doentes apresentam manifestações clínicas como a falta de ar em repouso ou durante o exercício, fadiga, cansaço, edemas maleolares, taquicardia, taquipneia, fervores de estase pulmonar, derrame pleural, pressão venosa jugular elevada, edema periférico, hepatomegália. Sinais e sintomas que causam nos doentes grandes limitações no desempenho das atividades de vida diária, de início, o comprometimento do débito cardíaco só se manifesta com o exercício, mas, com a progressão da doença até se observa em repouso. E como evidências objetivas de anomalia estrutural ou funcional do coração em repouso apresentam cardiomegália, terceiro som, sopros cardíacos, anomalia no ecocardiograma, concentração elevada dos peptídeos natriuréticos, segundo The European Society Of Cardiology (2008), (ESC). A IC pode ser classificada quanto à anomalia estrutural ou por sintomas relativos à capacidade funcional, como se pode verificar no quadro seguinte:

Quadro I - Classificação da insuficiência cardíaca por anomalia estrutural (ACC/AHA) ou por sintomas relativos à capacidade funcional (NYHA)

Estádios de insuficiência cardíaca da ACC/AHA	Classificação funcional da NYHA
Estádios de insuficiência cardíaca baseados na estrutura e dano para o músculo cardíaco	Gravidade baseada em sintomas e actividade física
Estadio A Risco elevado de desenvolver insuficiência cardíaca. Sem anomalia estrutural ou funcional identificada; sem sinais nem sintomas.	Classe I Sem restrição da actividade física. A actividade física normal não provoca fadiga, palpitações nem dispneia desajustadas.
Estadio B Doença cardíaca estrutural estreitamente associada ao aparecimento de insuficiência cardíaca, mas sem sinais ou sintomas.	Classe II Restrição ligeira da actividade física. Confortável em repouso, mas a actividade física normal provoca fadiga, palpitações ou dispneia.
Estadio C Insuficiência cardíaca sintomática associada a doença cardíaca estrutural subjacente.	Classe III Restrição acentuada da actividade física. Confortável em repouso, mas a actividade física abaixo do normal provoca fadiga, palpitações ou dispneia.
Estadio D Doença cardíaca estrutural avançada e sintomas acentuados de insuficiência cardíaca em repouso, apesar de terapêutica médica máxima.	Classe IV Incapacidade de realizar qualquer actividade física sem sentir desconforto. Sintomas em repouso. Perante a realização de qualquer actividade física, o desconforto aumenta.
ACC = American College of Cardiology; AHA = American Heart Association. Hunt SA et al. Circulation 2005;112:1825-1852.	NYHA = New York Heart Association The Criteria Committee of the New York Heart Association. Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart and Great Vessels. 9th ed. Little Brown & Co; 1994. pp 253-256.

Fonte: SOCIEDADE PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA (2008) - Insuficiência Cardíaca Recomendações para o Diagnóstico e Tratamento da Insuficiência Cardíaca Aguda e Crónica a Dezembro de 2011.

A insuficiência cardíaca é a via final comum da maioria das cardiopatias. Representa um grave problema de saúde pública, considerando-se a prevalência crescente e os índices de hospitalizações associadas à alta morbidade e mortalidade. Os custos socioeconómicos com o tratamento desta patologia são elevados, bem como o impacto económico mundial das doenças crónicas que têm tendência em aumentar até 2020, altura em que equivalerá a 65% das despesas para a saúde em todo o mundo, como refere (Bugalho e Carneiro 2004). Estes autores referem ainda que 6 a 20% das pessoas com doença crónica, não adquirem as prescrições médicas e que 30 a 40% não cumprem o esquema terapêutico proposto. Desta forma a gestão da doença, e a sua repercussão favorável na saúde das pessoas, deverá ser um objetivo primordial dos profissionais de saúde, pelo que o reconhecimento do problema e a promoção de guidelines consistentes, éticas e baseadas na evidência, se torna fundamental na prática clínica de enfermagem, de forma a contribuir para um sistema de saúde com suporte eficaz e adequado às necessidades dos doentes. Uma das funções/domínios dos enfermeiros é segundo BENNER (2001, p. 72), ajudar na prevenção da doença e também na sua monitorização, tendo identificado a função de diagnóstico, de acompanhamento e monitorização do doente, bem como a tomada a cargo das situações de evolução rápida e administração e acompanhamento de protocolos terapêuticos.

A IC constitui um grave problema de saúde pública é incapacitante e responsável pela diminuição da qualidade de vida dos doentes e é economicamente a mais dispendiosa das patologias do foro cardíaco devido ao grande consumo de meios assistenciais, às hospitalizações prolongadas e aos reinternamentos recorrentes, como refere Dickstein (2008). A revisão da literatura revelou que os doentes portadores de IC apresentam diminuição importante da qualidade de vida e evolução pior do que outros doentes portadores de outras doenças crónicas (Stewart, 2002;).

A sua incidência e prevalência têm aumentado na sociedade ocidental, tendo chegado a 13.6% na população europeia em pessoas com mais de 75 anos. Em Portugal a realidade é semelhante, verifica-se um aumento exponencial com a idade, 7.63% (60-69 anos), 12.67% (70-79 anos), e 16.14% (80anos), segundo o estudo EPICA realizado por (Ceia 2002), calcula-se que afete 260 mil portugueses. Este aumento está associado ao envelhecimento da população, ao aumento da sobrevida dos doentes

com enfarte agudo do miocárdio e também aos fatores de risco de uma sociedade de consumo.

Como refere a evidência científica as principais manifestações clínicas da insuficiência cardíaca são fadiga, a dispneia, a retenção de fluidos (congestão pulmonar e/ou periférica), edema e taquicardia, (Braunwald 1999), (Hunt 2009). Estes sinais e sintomas causam grande desconforto ao doente levando-os à dependência no autocuidado. À medida que a IC progride a fadiga é constante, as limitações físicas a que os doentes estão sujeitos são cada vez maiores, diminuindo as suas capacidades funcionais contribuindo para o aumento do grau de dependência. A IC é uma síndrome crónica e progressiva, para a qual é necessário o doente fazer ajustes e alterações ao seu estilo de vida, necessários para melhorar a sua condição de vida, com a finalidade de travar o avanço da doença e diminuir os internamentos hospitalares. Neste âmbito, os cuidados de enfermagem à pessoa idosa visam essencialmente ajudar o idoso a desenvolver-se, aproveitando ao máximo as suas potencialidades e a sua capacidade funcional de forma a diminuir o impacto negativo que esta doença acarreta. Recorrendo ao pensamento de Henderson (2004) o enfermeiro assume um papel importante e expressivo em ajudar o indivíduo na realização das atividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação, ou para uma morte serena, que a pessoa realizaria sem ajuda se tivesse a força, a vontade ou o conhecimento. A enfermeira em colaboração com outros membros da equipa ajuda a levar a cabo o plano terapêutico, quer ele seja para a melhoria da saúde, quer para a recuperação da doença, quer para o apoio à morte.

É de referir que os cuidados de enfermagem têm um papel fulcral em ajudar a levar a cabo um plano terapêutico, apoiando e ensinando os doentes idosos a mobilizar as suas potencialidades de acordo com as suas limitações. Neste âmbito a ação de enfermagem situa-se, por um lado, em relação a tudo o que melhora as condições que favorecem o desenvolvimento da saúde, com vista a limitar a doença e também em relação a tudo o que revitaliza alguém que esteja doente (Collière1989). De tal modo que a qualidade de vida das pessoas com insuficiência cardíaca implica um apoio incondicional e duradouro e depende da qualidade dos cuidados que lhe são prestados. O processo de cuidar do doente idoso com IC carece priorizar a adesão ao regime terapêutico por meio da educação para a saúde para melhorar a qualidade de vida através da adesão ao tratamento. Assim, surge a necessidade de intervir junto dos

doentes de forma a educar para lhes proporcionar o alívio da sintomatologia e melhoria da qualidade de vida. Como refere a literatura o tratamento da IC tem como principais objetivos o alívio dos sintomas a redução das hospitalizações e o aumento da sobrevivência, (Dickstein 2008), Cheng (2009).

O principal objetivo do tratamento da insuficiência cardíaca incide no alívio da sintomatologia, na melhoria da qualidade de vida, na redução das hospitalizações e no aumento da sobrevivência destes doentes, (Dickstein 2008, Cheng 2009) e está bem estabelecido em diretrizes nacionais e internacionais, através de *guidelines* para o tratamento desta patologia. O seu principal objetivo é promover a melhoria da gestão dos sintomas, pois sem esse alívio a vida da pessoa sofre perda na sua qualidade. Neste contexto o enfermeiro tem papel primordial em envolver o doente/família na adesão ao regime terapêutico, visto que o envolvimento familiar e a motivação dos doentes são imprescindíveis para a adesão às mudanças de estilo de vida (Trindade, 2000). O impacto negativo que a IC traz para a pessoa idosa constitui um marco importante na sua vida, uma vez que se depara com diversas limitações provocadas pelo impacto dos sinais e sintomas da doença na sua vida diária, o que condiciona o seu bem-estar no quotidiano simples da vida e podendo levar ao internamento hospitalar quando estes sinais e sintomas são descompensados. Deste modo as intervenções de enfermagem devem direcionar-se na educação dos doentes e família para a adesão ao regime terapêutico medicamentoso e não medicamentoso como seja a mudança de hábitos alimentares na restrição de sal, implementação da atividade física, vigilância de peso diário, reconhecimento precoce de sinais e sintomas da descompensação da IC de forma a evitar quadros de descompensação presentes na fase avançada da doença, (Van Der Wal, 2005), (Rabelo et al. 2005). Neste sentido, Benner (2001) nomeia nos vários domínios de enfermagem as diversas intervenções que importa dar atenção no cuidado à pessoa idosa com IC: Identificar sinais e sintomas, combater perigos que derivam das situações para prevenir complicações, gerir recursos de forma eficaz, compreender os comportamentos tipos de uma doença para antecipar as necessidades do doente. Estas são algumas das competências que o enfermeiro deve ter para ajudar o doente a reconhecer precocemente o agravamento dos sinais e sintomas, evitando assim os internamentos recorrentes e promover a qualidade de vida.

É sobretudo através da função de orientador e guia que o enfermeiro possibilitará ao utente/família assumir a sua autonomia nas pequenas decisões do dia-a-dia, isto é, auxiliá-lo a fazer as melhores escolhas, para isso à que fornecer-lhes aprendizagens que lhes permitam assumir a responsabilidade pela condução da sua doença crónica. Um diagnóstico de doença crónica, implica a existência de uma doença prolongada que terá que ser gerida adequadamente visto que não tem cura (Blanchard 1982).

Assim, a educação dos doentes acerca dos benefícios da adesão ao tratamento e complicações associadas à não adesão é condição necessária para a autogestão do regime terapêutico, uma vez que a maioria dos cuidados prestados aos doentes com IC exige que os doentes estejam envolvidos no seu próprio autocuidado.

A educação para a saúde é uma estratégia importante para melhorar a adesão, mas os doentes não precisam só de ser informados mas também de ser motivados e encorajados a aderir ao tratamento e aos objetivos relacionados com a mudança de comportamentos. A mudança de comportamentos é talvez o maior desafio da enfermagem, pois cada pessoa é única com uma história de vida e com todas as suas representações sociais.

Segundo Benner (2001) importa dar atenção a alguns fatores

“Estas enfermeiras especializadas não propõem apenas informação, elas oferecem maneiras de ser, de enfrentar e mesmo novas perspetivas ao doente, graças às possibilidades e ao saber que decorrem de uma prática de cuidados de enfermagem. (...) suas competências são (...) O momento: saber quando o doente está pronto a aprender(...) Ajudar os doentes a interiorizar as implicações da doença ...no seu estilo de vida (...) compreende como o doente interpreta a sua doença (...) Fornecer uma interpretação do estado do doente e dar as razões dos tratamentos A função de guia: torna abordáveis e compreensíveis os aspetos culturalmente tabu de uma doença.”

A participação da pessoa é essencial para manter a ação da promoção da saúde, mas esta medida tem tradução tanto na pessoa como no sistema político e organizacional das comunidades. Esta participação implica uma mudança dos comportamentos, através da adoção de estilos de vida saudáveis, adaptados à sua doença crónica. Para tal, é necessário considerar os fatores individuais (atitude, interesse, informação e educação), os fatores envolventes (grupo familiar, social, ambiente de trabalho, comunidade de residência) e outros fatores como o sistema social, cultural, regime político e características ecológicas e geográficas. Todos estes fatores estão em

permanente interação e podem ajudar a moldar os comportamentos, (Paul & Fonseca, 2001; Ribeiro, 1998, Henriques, 2011).

Em relação aos fatores individuais o comportamento da pessoa é 50% responsável pela mortalidade associada às principais causas de morte. Assim a educação para a saúde obriga as pessoas a tomarem consciência das suas responsabilidades e potencialidades na sua saúde.

“A educação para a saúde é toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença (...), produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida.” (TONES; TILFORD, 1994).

Assim sendo, é necessário ter em conta as crenças e valores de cada pessoa, o que implica diálogo e disponibilidade dos enfermeiros. Como refere, Swanlund, et al 2008 citado por Henriques 2011, para que o enfermeiro possa contribuir para o sucesso na gestão do regime terapêutico das pessoas idosas, é importante que se considere os hábitos de vida da pessoa de forma a que ela possa adequar e integrar as rotinas do seu dia-a-dia, nessa gestão, avaliando e assegurando respetivamente, a necessidade de acompanhamento personalizado de acordo com as suas necessidades individuais.

O enfermeiro ao promover a adesão aos tratamentos através de um plano de gestão do regime terapêutico deve estabelecer parcerias⁶ com a pessoa idosa e seus familiares, (Henriques 2011), desta forma consegue-se capacitar a pessoa para ser gestor da sua própria saúde e motiva-la a aderir com maior facilidade ao regime terapêutico proposto.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010), (OE) é necessária uma abordagem multidisciplinar para tratar as doenças crónicas e melhorar a adesão ao tratamento. Partilhando o pensamento de Flores (2004), em que a gestão da doença exige um processo de educação para a saúde, onde os enfermeiros, inseridos em equipas multiprofissionais, podem contribuir, para prolongar e dignificar a vida dos doentes,

⁶ Parceria segundo a OE (2001), caracteriza a relação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro e indivíduo ou grupo foco dos seus cuidados, a par do respeito pelas suas capacidades e da valorização do seu papel. Esta relação tem a capacidade de se desenvolver e fortalecer ao longo do processo dinâmico, que tem como objectivo fomentar no utente um papel proactivo no seu projeto de saúde.

promovendo a racionalização e a gestão dos recursos disponíveis e facilitando as aprendizagens necessárias aos processos de adaptação à doença crónica.

Em relação a algumas doenças crónicas, muitas das situações que chegam ao hospital em estadio avançado, são motivadas por défice na organização/gestão dos cuidados de saúde. Será então, possível reduzir o número de situações não controladas e exacerbadas, se modificarmos a forma de gerir as doenças crónicas. Justifica-se ir de encontro e minimizar as repercussões incapacitantes que a insuficiência cardíaca, como doença crónica, traz na vida das pessoas em particular no idoso. Uma vez que a investigação revela que com a criação de clínicas de insuficiência cardíaca, hospitais dia e consulta de enfermagem é possível, com baixo custo, assistir apoiar corretamente os doentes de IC e reduzir a re-hospitalização após a alta, Sarmento, (2006), Galbreath, (2004).

O projeto de intervenção que a seguir e apresenta procura ilustrar alguma das premissas teóricas aqui enunciadas neste enquadramento teórico.

2 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Este capítulo aborda alguns princípios teóricos de um projeto de mudança e elementos do contexto e da organização de cuidados de saúde diferenciados onde o projeto se desenvolve. Apresento o diagnóstico da situação e percurso metodológico desenvolvido e medidas implementadas durante o estágio. A dimensão clínica incluía-a após a apresentação do projeto.

O desenvolvimento deste projeto de Intervenção contribuiu para a interiorização de conceitos e metodologias necessárias ao desenvolvimento de competências como enfermeira especialista no processo de cuidados à Pessoa Idosa. O enfermeiro ao questionar-se e questionar os contextos/ambientes de aprendizagem e as suas práticas, numa dialéctica de reflexão-ação-reflexão contínua e sistemática, está a processar a recolha e produção de informação válida para fundamentar as estratégias/atividades de aprendizagem que irá desenvolver. Ao partilhar essas aprendizagens com os seus pares e adequando-as à realidade onde trabalha, está a desencadear um processo dinâmico, motivador, inovador, responsável e responsabilizante dos vários intervenientes do processo de mudança. Como defende Ainscow (1995) os próprios grupos alvo assumem a responsabilidade de decidir quais as mudanças necessárias e as suas interpretações e análises críticas que são usadas como uma base para monitorizar, avaliar e decidir qual o próximo passo a dar.

2.1 Projeto de Intervenção: Princípios e Contexto

A metodologia de trabalho de projeto visa a resolução de um problema real identificado através da implementação de estratégias e intervenções eficazes. Esta metodologia permite desenvolver capacidades e competências através do processo de preparação e implementação e avaliação de um projeto de mudança de cuidados numa situação real (Ruivo et al, 2010).

Um projeto envolve trabalho de pesquisa no terreno, tempos de planificação e intervenção e monitorização com a finalidade de responder a problemas encontrados, considerados de interesse pelo grupo (Barbier 1996).

Assim, a fase inicial e parte do planeamento deste projeto tiveram início no final do primeiro ano do curso de Mestrado em Enfermagem e Especialização em Médico-Cirúrgica vertente do idoso, na Unidade Curricular – Opção II, resultando no delineamento do projeto norteador para desenvolver durante o estágio.

O projeto de mudança que descrevo foi a criação de uma consulta de enfermagem às pessoas idosas com IC. Descreverei a conceção teórica e princípios que me orientaram, sendo que de seguida descrevo o processo de implementação do projeto e seu impacto; finalmente as aprendizagens desenvolvidas na área clínica.

A metodologia de projeto é uma metodologia cada vez mais utilizada e pressupõe a autoformação do estudante com base nas suas necessidades de formação e vivências. É uma metodologia de aprendizagem ativa, flexível, que se adapta e reorienta ao longo do seu percurso de desenvolvimento. É um processo de aprendizagem em permanente construção, sujeito a orientação, criando uma relação estreita com o professor/orientador, visando o sucesso, (LEITE, MALPIQUE, SANTOS, 2001). Esta relação estreita brotou do acompanhamento durante todo o estágio através das reuniões com a Orientadora, Sr^a Professora Pereira Lopes, e o grupo de estudantes orientados pela mesma. Foram reuniões importantes em todo o processo de aprendizagem, promoveram a discussão e reflexão em grupo, expondo princípios comuns mas, individualizando o caminho de cada estudante e adequando a cada projeto momentos de orientação específica, que contribuíram para o sucesso do mesmo.

Sendo a metodologia de projeto uma metodologia reflexiva sustentada pela investigação de forma sistemática, controlada e participativa, com a finalidade de resolução de problemas identificados através de ações na prática (Ruivo et al, 2010), recorri a alguns princípios utilizados pelo método de resolução de problemas como produtora de conhecimento sobre a realidade. Para assim desenvolver competências gerais de **enfermeiro especialista**, onde este **baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos padrões de conhecimento**, na investigação e nas guidelines, bem como recomendações apresentadas pela OE (2010). Nomeadamente responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade e suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade.

Os participantes deste projeto foram todos os elementos da equipa que presta cuidados de enfermagem no serviço onde desempenha funções, com maior empenho de um grupo de cinco enfermeiros que desde o início demonstraram interesse em abraçar este projeto. Ainda participam deste projeto duas médicas da respetiva consulta externa e os doentes que acederam às consultas no período de estágio e que tinham mais de 65 anos.

O Serviço de Cardiologia /Unidade de Cuidados Coronários encontra-se do ponto de vista organizacional integrado no Departamento Médico ala C. A enfermaria é um serviço constituído por dezoito camas distribuídas por seis quartos uniformemente. Recebe doentes da unidade de cuidados coronários, (UCC), do serviço de urgência e de todos os outros serviços do hospital, após observação pelo médico cardiologista de serviço. Atende ainda, utentes dos hospitais da zona sul do país para realização de cateterismo e angioplastias coronárias, assim como doentes referenciados dos centros de saúde da área de influência do hospital e utentes externos em lista de espera para a realização dos exames supra mencionados e também para implantações de Pacemaker definitivo, cardiodesfibriladores e estudo eletrofisiológico.

Fazem parte ainda do serviço as Unidade Funcionais de Laboratório de Ecocardiograma e Laboratório de Pacing e Electrofisiologia. O Laboratório de Ecocardiograma funciona com apoio de um enfermeiro três dias por semana, para realização de ecocardiogramas de sobrecarga terapêutica (dobutamina e dipiridamol) e transesofágica. Dá apoio ao serviço, ao hospital e ainda recebe eletivamente doentes em ambulatório ou de outros hospitais da região sul.

O Laboratório de Pacing e Electrofisiologia é uma sala de técnicas invasivas (pequenas cirurgias) específicas da área da cardiologia, implantação de Pacemaker definitivos e provisórios Cardiodisfibriladores Internos, estudos electrofisiológicos e Cateterismos Cardíacos Direitos. Pode funcionar 24 horas em resposta às situações de urgência/emergência. Em situações programadas funciona quatro vezes por semana com apoio de um enfermeiro.

A equipa multidisciplinar é formada por trinta e um enfermeiros, dezassete médicos, seis técnicos de cardiopneumologia, três assistentes técnicos, treze assistentes operacionais e ainda uma farmacêutica, uma dietista uma assistente social que apoia quando solicitada. A equipa de enfermagem é constituída por 30 elementos de

predominância feminina com idades compreendidas entre os 23 e 53 anos de idade, todos estão habilitados com o grau de licenciatura e sendo dois especializados (Enfermagem de reabilitação e Enfermagem Médico-cirúrgica), que se distribuem por cinco equipas em Rouleman de 35 horas semanais. Em horário fixo com colaboração na área da gestão estão dois elementos e a enfermeira chefe que é especialista em Enfermagem de reabilitação. Todos os elementos desempenham funções no serviço entre três de dezanove anos. A implementação deste projeto decorreu ao longo do estágio e apesar de toda a equipa de enfermagem ser conhecedora do mesmo a sua implementação ficou confinado a um grupo mais restrito que demonstrou interesse em participar ativamente.

Desde 2006, a documentação do processo de cuidados enfermagem na maioria do Hospital e também no serviço de cardiologia/ucc assenta na taxonomia Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), com registos eletrónicos Sistema Aplicativo para as Práticas de Enfermagem (SAPE). Tem como metodologia de trabalho, o método individual e por responsável.

É característica do serviço, a rotatividade dos enfermeiros da equipa, por todas as unidades funcionais, tendo em vista o princípio da equidade no desenvolvimento de competências cognitivas e relacionais e também favorecer a mobilidade no sentido de rentabilizar recursos. Esta característica de rotatividade neste projecto não era desejada, pois pretendia-se formar uma equipa restrita que pudesse fazer um atendimento personalizado, criar uma relação de parceria entre enfermeiro/doente/família ao longo do tempo de forma a ganhar confiança, promover com o doente idoso/família um maior envolvimento e empenho favorecedor da adesão ao regime terapêutico e a adaptação da gestão à doença em casa. Ou seja, elaborar um projeto relacional com a pessoa que é cuidada na base da confiança e no conhecimento mútuo, de modo que consoante a situação, fosse possível construir com ela com os seus familiares um projeto de cuidados temporalmente definido com um horizonte para o qual a pessoa fosse capaz de progredir, (Hesbeen, 2000). Só estabelecendo uma relação duradoura, não descurando as características socioculturais entre enfermeiro doente/família, reconhecendo e ajustando as suas diferenças, se pode desenvolver um processo de negociação e trabalho profícuo. Este trabalho pressupõe e assenta sobretudo numa relação de confiança, numa compreensão mutua acerca do sentido de agir, onde a autonomia e a responsabilidade de cada um dos parceiros é respeitada.

A concepção de cuidados acordados com a equipa foi baseada nas seguintes premissas: a relação terapêutica que se estabelece entre enfermeiro e doente/família, foco dos cuidados, caracteriza-se pela parceria pelo respeito das suas capacidades valorizando as aprendizagens conseguidas que provoquem mudança de comportamentos. É uma relação que se desenvolve e fortalece ao longo de um processo dinâmico e tem como objetivo fomentar no doente/família um papel proativo no seu próprio projeto de saúde. Tornou-se assim imprescindível criar esta necessidade com o grupo dos enfermeiros aderentes e mais à frente relatar-se-á as negociações havidas para implementar esta concepção de cuidados.

Assim, o planeamento das estratégias a serem usadas nessa implementação, implicou um processo de autoformação desenvolvido pelo grupo, baseado na formação ação. Barroso (2003) apresenta-nos a formação não só como uma situação formal de aquisição de conhecimentos e preparação de procedimentos técnicos, mas também como um processo de resolução de problemas em que se associam os atores que são afetados por eles. Recorrendo-se à formação ação, rompeu-se com o processo de formação tradicional de formação, onde o enfermeiro chefe e de acordo com o responsável pela formação elaborava um programa de sessões formativas que era seguindo num modelo pedagógico escolarizante com o objetivo da mudança de comportamentos e práticas. Correia (1997:33-37) refere que não adianta fazer sessões de formação convencionais se depois a nossa ação e o nosso comportamento revelam o oposto ao transmitido. Este autor defende outra concepção de formação baseada nas vivências dos enfermeiros. Alerta-nos para formas pedagógicas de formação, onde o que é importante valorizar são os momentos de conversas informais, as situações imprevistas, os diálogos invisíveis dos saberes entre os vários envolvidos. A troca a partilha de dúvidas, as divergências de ideias permitem a construção de saberes contribuindo para a transformação das práticas. Correia (1997) refere ainda que os sujeitos como atores do processo de mudança são eles também transformados. Neste âmbito o envolvimento do grupo foi fundamental em todo o processo. Ainda de acordo com (Correia, 1997), todos os interessados devem fazer parte da mudança, deste modo convidaram-se os cinco enfermeiros que maior interesse demonstraram em aderir ao projeto desde o seu início.

Assim, como em Janeiro de 2012 as equipas de enfermagem iam ser reestruturadas, negocieei com a enfermeira chefe do serviço, a gestão dos recursos humanos,

distribuindo os cinco enfermeiros de forma uniforme pelas equipas de enfermagem do serviço. Deste modo optimizou-se a resposta da equipa de enfermagem na conquista de uma maior adesão ao projecto possibilitando também a sua continuidade. Esta negociação contribuiu para desenvolver competências no âmbito do enfermeiro especialista, pois este **Gere os cuidados, optimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional**, OE (2010).

O enfermeiro deve coordenar estabelecer prioridades com a equipa tendo como base a individualização dos cuidados na construção dos protocolos ao cliente com IC, mobilizando conhecimentos provenientes da investigação, Benner (2001). Norteando-me por este domínio de Benner, fui o elemento da equipa que organizou e orientou na distribuição de tarefas. Esta fase do processo serviu para desenvolver competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais definido pela OE (2010), designadamente as competências: **Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento** OE (2010).

Assim, ao longo do estágio trabalhei em maior proximidade com o referido grupo de enfermeiros que se voluntariou para pertencer ao grupo de trabalho da CIC e reuníamos de forma informal, sempre que era possível. Estas reuniões aconteciam durante o horário de trabalho, com mais frequência no final do turno da manhã e no início do turno da tarde. Como o meu horário de trabalho é no turno da manhã, havia sempre a possibilidade de encontrar um ou dois elementos entre a manhã e a tarde assim, chegando a reunir três a quatro elementos do grupo. Nestas reuniões que duravam cerca de uma hora, eram discutidas as possíveis situações que poderiam levar a pessoa idosa a uma maior adesão ao regime terapêutico. Discutíamos o que a literatura recomendava para estas situações comparando com as práticas habituais e as principais dificuldades encontradas. No final da reunião distribuía-se trabalho de modo que na reunião seguinte se avaliasse o que se tinha conseguido obter. Verifiquei uma grande adesão dos enfermeiros de reunião para cada reunião seguinte, sendo a participação e entusiasmo quando das atividades desenvolvidas conseguiam ver a sua utilidade. A revisão da literatura fornecida por mim e também proveniente de pesquisas individuais foram vividas e propiciavam discussões sobre aquilo que no dia-a-dia mais

inquietava. Constatei que a dinâmica utilizada nas reuniões na escola e repliquei-as nas reuniões de grupo, em que todas partilhávamos a perspectiva individual.

Como resultados das reuniões iniciou-se a elaboração do guia orientador para a consulta de enfermagem de insuficiência cardíaca (CEIC) baseado nas manifestações clínicas da IC. As intervenções de enfermagem adequadas a cada pessoa de acordo com os seus conhecimentos e expectativas e a sua autonomia em gerir o regime terapêutico, foi uma premissa discutida e que mais dificuldade teve.

Todas as questões ético-legais respeitantes a este projeto foram tomadas em consideração, nomeadamente os cinco direitos fundamentais determinados pelo Código Deontológico dos Enfermeiros (Nunes2005), (direito à autodeterminação; direito à intimidade; direito ao anonimato e à confidencialidade; direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo; direito a um tratamento justo e equitativo). Realçando o artigo 81º “salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o auto cuidado, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida”.

No que concerne ao processo cuidar da pessoa na CIC, todos os doentes foram alvo de cuidados equitativamente, quer se tratasse de pessoa idosa ou não.

2.2 Implementação do Projeto - Descrição e Análise do Processo e Principais Resultados

Optei por descrever a implementação deste projeto de estágio em três etapas distintas, que naturalmente se foram ajustando à medida que se iam desenvolvendo. Assim, a primeira etapa consistiu no **Diagnóstico da Situação**, a segunda refere-se à **Implementação da Ação** e finalmente a terceira etapa reporta-se à **Avaliação do Projeto** e à Identificação dos principais resultados.

A discussão dos resultados será realizada simultaneamente com a apresentação dos mesmos, dando ênfase aos aspetos considerados mais relevantes.

2.2.1 Diagnóstico da situação

Deste diagnóstico da situação vou apresentar a negociação formal efetuada para o seu desenvolvimento, cultura do serviço, a descrição do modo usual em que este atendimento dos doentes/família era efetuado.

O Diagnóstico de situação decorreu no período correspondente à Opção II deste mestrado e foi referido no início do relatório. Em simultâneo tiveram de ocorrer as negociações com a chefia da consulta externa que recusou, sendo necessário reformular o local e atendimento dos doentes com IC.

Inicialmente este projeto foi planeado para ser desenvolvido em parceria com as enfermeiras da consulta externa, porque parecia ser desejável que fosse organizada no âmbito do funcionamento das consultas externas da instituição, em que médico e enfermeiro colaboram mutuamente no atendimento das pessoas. Seria pertinente o início desta consulta no âmbito das consultas externas pois enquadrava-se na filosofia do hospital. Porém o tipo de saber que os doentes necessitavam da equipa de saúde foi considerado pertinente a consulta ocorrer na unidade de internamento porque a sua localização favorecia o seu atendimento. Assim o projeto foi apresentado em reunião à enfermeira chefe e ao diretor da unidade de internamento onde os doentes são internados vindos através do serviço de urgência, outras vezes dirigem-se diretamente ao serviço da cardiologia/ucc.

O que posso refletir é que para esta mudança ser tão facilmente aceite é que havia sinergia de interesses de toda a equipa por fatores diversos, desde o diretor e enfermeira chefe que foram os grandes impulsionadores da ideia poder ser concretizada nestas condições.

Procedeu-se então ao pedido formal de autorização pela direção de enfermagem, tendo sido dado parecer positivo conforme.

A nível da equipa médica foi posteriormente negociado e autorizado com a direção do hospital a transferência da CIC para o espaço físico do serviço de cardiologia. Este fator veio reforçar o desenvolvimento do projeto e assegurar a sua futura continuidade.

O diagnóstico da situação foi feito através da observação da realidade vivida pelos doentes de IC do serviço onde desempenho funções.

1 - A taxa de incidência de internamentos por IC no serviço de cardiologia em 2010 foi de 44% com uma demora média de internamento de 6,9 dias. Dos 435⁷ doentes com IC seguidos nas consultas externas só 137 têm acompanhamento pelo médico cardiologista na consulta de IC, os restantes são acompanhados pela medicina interna. Reportando-me ao universo dos 137 a prevalência de doentes com IC com idade superior ou igual a 65 anos é de 49,6%, com acompanhamento pelo cardiologista na consulta de insuficiência cardíaca (CIC).

Observar e registar de uma forma regular os fatos observados a partir da experiência ali vivida foi útil porque permitiu ter uma visão global do que ali se passava. Como resultado das minhas observações constatei que o atendimento dos doentes era casual e feito de forma fragmentada e inconsistente.

2 - Após a alta clínica os doentes com IC apareciam frequentemente nos corredores do serviço e abordavam os enfermeiros solicitando ajuda. O ar de desamparo, não sabendo a quem recorrer, procurando nos enfermeiros respostas às suas dúvidas sobre o regime terapêutico prescrito, bem como às queixas relacionadas com a doença ou para falar da sua insegurança eram constatações vividas por todos os enfermeiros.

3 - Como nenhum médico assumia a responsabilidade de «observar o doente no corredor» estes eram encaminhados para o serviço de urgência. Aqui o atendimento é receado pela maioria dos doentes devido ao anonimato e à menor individualização de cuidados. O medo do serviço de urgência inquieta as pessoas idosas, levando muitas vezes a procurarem ajuda já numa fase avançada da descompensação da IC, aumentando o tempo para reverter a sua situação clínica e alargando os dias de internamento.

Provavelmente o não acompanhamento de enfermagem na alta do doente com IC pode ter sido um fator de agravamento e avolumar desta situação.

A constatação do desamparo destes doentes deixava os enfermeiros muito desconfortáveis, referindo uma enfermeira que os doentes pareciam «*encomendas despachadas para o serviço de urgência*». Hesbeen (2000) refere que os enfermeiros terão sempre a possibilidade de fazer mais alguma coisa por alguém, de ajudar, de contribuir para o seu bem-estar, para a sua serenidade mesmo nas situações mais desesperadas. Esta situação de maior compreensão dos enfermeiros para com os

⁷ Fonte: Departamento de estatística da Instituição referente ao ano de 2010

problemas dos doentes é referida por (Benner, 2001), quando nos diz que os doentes vêem nos enfermeiros os atores que melhor os ajudam não esperando essa ajuda dos outros profissionais de saúde. Importa, todavia refletir que esta maior envolvimento dos enfermeiros nos problemas psicológicos dos doentes é ainda um reflexo do modelo biomédico ao ser assumido tal premissa, importa que toda uma equipa de saúde comungue dos mesmos valores, pois todos são poucos para ajudar as pessoas idosas na gestão dos processos de doença.

4 - Também os médicos da consulta de IC solicitavam frequentemente a ajuda dos enfermeiros do serviço, no sentido de proceder à colheita de espécimes para análise, administrar terapêutica endovenosa, com o objectivo de aliviar sinais e sintomas e evitar ou adiar o internamento destes doentes.

Este modo de funcionamento mostrava um funcionamento pouco ortodoxo, perturbador da organização dos cuidados e sentido como um favor mútuo.

Ainda na fase de diagnóstico estive como observadora na CIC médica que apesar do esforço da médica em orientar o doente em todo o regime terapêutico, o seu maior empenho centrava-se no regime medicamentoso. Referia não ter tempo para ensinar os doentes adequadamente, porque o número de doentes é elevado e não é possível um só elemento da equipa de saúde fazer o trabalho de uma equipa multidisciplinar. A sua opinião era portanto favorável ao alargamento e reconfiguração do modo de trabalhar da equipa de saúde. Havia a convicção de todos os envolvidos que a consulta dos doentes de IC com uma intervenção multidisciplinar, dando ênfase à educação e aconselhamento para a saúde, poderia traduzir-se em ganhos em saúde, porque o doente bem informado adere mais facilmente ao regime terapêutico.

2.2.2 Pertinência e Adequação do Projeto

Em seguida descreverei as atividades realizadas e os processos utilizados durante o estágio.

Por forma a perceber a **pertinência** e adequação **do projeto** que pretendia desenvolver pelo grupo de enfermeiros aproveitei alguns momentos de reflexão com vários líderes da equipa de enfermagem, tendo utilizado o reinternamento de dois doentes por descompensação avançada da IC, que tinham tido alta acerca de quinze dias.

Provoquei a discussão do assunto no seio da equipa de enfermagem de forma intencional, onde a nota de campo a seguir relatada mostra o tipo de conversa que era frequente e que transcrevi para ilustrar como o especialista pode induzir os problemas no sentido da sua solução.

Elvira “... o srº A e o srº B estão outra vez internados, foram admitidos em fase avançada de descompensação cardíaca (classe funcional IV), ... tiveram alta há duas semanas... Ultimamente passam muito tempo internados... será que não podíamos fazer algo por eles.?”

*Enfermeira X - Vão para casa não tomam a medicação e não fazem aquilo que **mandamos** (...) o srº A, desta vez vinha com edemas nas pernas em grau elevado e apresentava cansaço em repouso, não conseguia elevar os braços sem se cansar, vinha mesmo em fase de descompensação avançada...*

Enfermeira Y - Mesmo internados estão sempre a reclamar que a dieta não tem sal...Lembram-se, o srº A que tinha sal escondido na mesa-de-cabeceira?

*Enfermeira Z – Nós nem sempre **ensinamos** adequadamente estes doentes, será que no processo destes doentes têm levantado o diagnóstico da Gestão do Regime Terapêutico para o Regime Medicamentoso, Hábitos Alimentares (comer e beber).*

Gerou-se algum silêncio

Enfermeira Y – Tens razão, temos tanta coisa para fazer que descuramos os ensinamentos aos doentes ...os ensinamentos são uma das lacunas do nosso serviço.

Enfermeira X - Sou a enfermeira responsável pelo srº B, e por acaso ainda não levantei esse diagnóstico, (silêncio)... o doente neste momento também ainda não está capaz de aprender, ainda se encontra muito cansado. (Diário de Campo)

Analisando este excerto do diário de campo verifica-se a influência do modelo biomédico em que a conceção de cuidados de enfermagem corresponde à execução do que foi prescrito ou delegado pelo enfermeiro. As palavras sublinhadas (**mandamos**) revelam o poder e a passividade atribuído ao doente (**ensinamos**). Este modelo pressupõe que o doente seja um elemento passivo, cumpridor de “ordens” médicas, tendo em conta o diagnóstico e terapêutica prescrita (WHO, 2003). A análise deste excerto foi também aproveitada como identificador de necessidades formativas do grupo dos enfermeiros face à cultura prescritiva ainda dominante. As palavras «*mandamos e ensinamos*» muito embora sejam meras palavras sabemos que são símbolos ainda vigentes no hospital que continua a ser ambiente de dominação em que

os enfermeiros reproduzem esses valores sem disso tomarem consciência, como revela a investigação de Carapinheiro (1993).

2.2.3 Promover a Adesão do Grupo ao Projeto

Como forma de **promover a adesão do grupo** de enfermeiros ao projeto e após o diagnóstico da situação senti necessidade de partilhar com eles o modo como a orientação dos doentes era usualmente feita, todos sabiam que estes doentes eram habitualmente encaminhados pela secretária de unidade para o serviço de urgência e não tinham a quem recorrer quando surgiam dúvidas relativamente ao regime terapêutico. Visando a adesão ao regime terapêutico reforcei que o enfermeiro é o profissional da equipa de saúde que por passar mais tempo com os doentes sabe identificar o momento certo em que o doente está pronto a aprender. Também sabe ajudar o doente a interiorizar as implicações da doença e de cura no seu estilo de vida, ajudando-o a compreender e interpretar a sua doença, dando informações do estado do doente e das razões dos tratamentos Benner (2001).

Uma das estratégias para sensibilizar o grupo foi através da apresentação dos objetivos do projeto. Na opinião do grupo de enfermeiros o projeto tinha toda a pertinência, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida destes doentes e o evitar do reinternamento. Tal como a literatura recomenda a qualidade de vida das pessoas com IC implica um apoio incondicional e duradouro e depende da qualidade dos cuidados de saúde que lhes são prestados, por isso surge a necessidade de intervir junto dos doentes de forma a educar, para lhes proporcionar o alívio da sintomatologia e melhoria da qualidade de vida. Como foi referido no enquadramento conceptual o tratamento da IC tem como principais objetivos o alívio dos sintomas a redução das hospitalizações e o aumento da sobrevivência, (Dickstein 2008), Cheng (2009).

A atuação da enfermagem junto dos doentes/família de IC é de grande importância no sentido de os ajudar a identificar e a interpretar os sinais e sintomas e de orientar os doentes às medidas para retardar a progressão da doença. Deste modo deve-se manter o doente motivado para colaborar no tratamento da doença, cumprindo assim uma das metas da enfermagem proposta por Florence Nightingale (2005): a de colocar o doente na melhor condição para qua a natureza possa agir sobre ele de maneira benéfica.

Não havendo necessidade de integração ao serviço, porque o projeto foi desenvolvido com os enfermeiros do serviço onde desempenham funções, passei de imediato à sensibilização do mesmo. Usei de forma regular as passagens de turno, porque estas são momentos privilegiados de formação dos enfermeiros. São momentos exclusivamente reservados aos enfermeiros e representam um tempo de simbolismo significativo pela avaliação do trabalho realizado, num tempo particular de autonomia profissional e, neste sentido, potencialmente gerador de aprendizagem entre pares, (Guimarães 1999). São momentos de reflexão onde os enfermeiros desenvolvem competências, refletindo entre pares por via informal enquanto momentos de análise das práticas e de formação em serviço. É também durante os momentos de **pausa laboral**, que Correia (1997:33-37) afirma serem as passagens de turno formas pedagógicas de formação, bem como valorizar os momentos e conversas informais, as situações imprevistas, por serem diálogos de saberes invisíveis. A troca, a partilha de dúvidas, as divergências de ideias permitem a construção de saberes contribuindo para a transformação das práticas. (Correia 1997:33-37) refere ainda que os sujeitos como atores do processo de mudança são eles também transformados.

Escutar sugestões, mostrar disponibilidade para eventuais questões que necessitassem clarificar individualmente ou em grupo e disponibilizando também alguma bibliografia, foi também uma das minhas estratégias e prioridades. Relembrar aos enfermeiros o seu papel fundamental, pela proximidade que têm com o doente/família no atendimento da pessoa idosa numa perspectiva holística, promovendo a qualidade de vida, nomeadamente através da alteração de comportamentos, tendo como objetivo a adoção de estilos de vida compatíveis com a sua condição de saúde, foram estratégias que assumi fazer de forma consciente e só aparentemente eram simples, pois esta forma de estar assertivamente perante o grupo não era usual.

Todavia como estava convicta que a presença de um enfermeiro na CIC poderia fazer toda a diferença, porque ao ensinar o doente a lidar com a sua condição de saúde iria contribuir para uma melhor qualidade de vida. Dar ênfase à função educativa como função independente na profissão de Enfermagem, Decreto-lei 437/91, que aprova o regime legal da Carreira de Enfermagem, no capítulo II, **conteúdo funcional**, artigo 7º, ponto 1 c) ao enfermeiro compete «*executar cuidados de enfermagem planeados, favorecendo um clima de confiança que suscite a implicação do utente (indivíduo,*

família, grupos e comunidade) nos cuidados de enfermagem e integrando um processo educativo que promova o autocuidado)».

Ainda nesta fase, reuni com as médicas responsáveis pela CIC onde expus os objetivos do projeto e a metodologia que pretendia utilizar para a sua implementação. Senti uma atitude franca, de interesse e com algum entusiasmo. Negocie a minha presença na CIC, numa fase inicial do estágio. De salientar ainda que o empenho na divulgação do projeto por parte de alguns enfermeiros e da enfermeira chefe, foram fatores facilitadores para a implementação do mesmo.

2.2.4 Áreas de intervenção prioritárias

A metodologia de projeto envolve sempre trabalho em grupo, com a implicação dos diferentes intervenientes e a própria população alvo do projeto, estando ainda associado à ideia de cooperação interdisciplinar. Assim o planear e o implementar das ações envolve a colaboração dos diversos atores do projeto, tanto dos investigadores, como da população abrangida pelo projeto num determinado tempo (Ruivo et al, 2010). Tendo como filosofia deste projeto a formação ação, o envolvimento do grupo foi fundamental para dar início á construção de instrumentos orientadores para os cuidados de enfermagem, promotores de adesão ao regime terapêutico⁸ do doente idoso na CIC. Nóvoa e Finger, (1988) reforçam a ideia de que formar é um processo complexo, não é só ensinar ao grupo determinados conteúdos, mas sim trabalhar com o grupo em torno da resolução de problemas. A formação faz-se na produção e não no consumo do saber. Segundo estes autores, a formação deve ter cariz estratégico preocupando-se em desenvolver competências necessárias para mobilizar em situações concretas.

Para o projeto evoluir agora já com o grupo sensibilizado importou desenhar o modo como concebiam priorizavam o atendimento dos doentes. Neste sentido solicitou-se aos enfermeiros a sua participação, para identificar no seio das suas equipas, qual o

⁸ A adesão ao regime terapêutico é definida, em geral, como sendo «a medida em que o comportamento de uma pessoa – tomar a medicação, seguir uma dieta e/ou executar alterações ao estilo de vida, corresponde às recomendações acordadas de um prestador de cuidados de saúde.» São frequentemente utilizados outros termos, como concordância e cumprimento OE (2009). Este trabalho utiliza o termo adesão, que exige a concordância do doente com as recomendações de um profissional de saúde.

fator do regime terapêutico⁹ de maior pertinência para dar início à construção de instrumentos norteadores para os cuidados de enfermagem que fossem na pessoa idosa com IC, promotores da adesão ao regime terapêutico.

Quadro II – Necessidade de cuidados identificados pelos enfermeiros

Equipas de Enfermagem	Regime Terapêutico Medicamentoso	Regime Terapêutico não Medicamentoso
Equipa A	Medicamentos	Hábitos alimentares, hábitos de exercício físico, uso do álcool, uso do tabaco.
Equipa B	Medicamentos	Hábitos alimentares, uso do tabaco, sexualidade.
Equipa C	Medicamentos	Hábitos alimentares, uso do tabaco.
Equipa D	Medicamentos	Hábitos alimentares, hábitos de exercício físico, uso do álcool, uso do tabaco
Equipa E	Medicamentos	Hábitos alimentares, hábitos de exercício físico, uso do álcool, uso do tabaco

No quadro acima pode constatar-se que as equipas são unânimes em apontar os **medicamentos** para o regime terapêutico medicamentoso. A **alimentação** para o regime terapêutico não medicamentoso seguidos de outros hábitos de vida também não menos importantes, mas que serão desenvolvidos numa data posterior já na sua continuidade do projeto.

Após análise das propostas apresentadas decidiu-se em conjunto com o grupo da CIC, dar início à elaboração de um **guia orientador de instrumentos norteadores para os cuidados de enfermagem, promotores da adesão ao regime terapêutico** na pessoa idosa com IC (Apêndice 2).

Foi decidido dar prioridade à **medicação**, à **alimentação** e ao **reconhecimento precoce de sinais e sintomas de descompensação da IC**. O ultimo item foi sugerido por mim por ser um indicador importante para a diminuição da demora média de

⁹ Regime terapêutico medicamentoso (medicamentos); Regime terapêutico não medicamentoso (hábitos alimentares, hábitos de exercício, uso de álcool, uso de tabaco, sexualidade, medidas de prevenção/complicações, aprendizagem de habilidades para prevenir complicações)

internamentos do doente com IC, (Sarmiento, 2006; Galbreath 2004; Cheng, 2009). Considerando que a evidência científica deve orientar ou guiar as práticas, cabe ao enfermeiro especialista, usá-la como ferramenta para que se reflita no cuidar de enfermagem à pessoa idosa.

Enquanto líder desta mudança coube-me acompanhar, partilhar experiências e dúvidas, perceber e valorizar os saberes dos enfermeiros e assim reconstruir o saber e transformando as práticas sem impor a mudança e como refere Correia (1997) os sujeitos, como atores do processo de mudança, são eles próprios transformados.

A adesão¹⁰ ao regime terapêutico medicamentoso é um elemento chave para a melhoria da qualidade de vida do doente idoso com IC. O elevado consumo de medicamentos pelo idoso deve ter uma atenção especial por parte dos enfermeiros. Segundo Soares (2009), cerca de 37% dos idosos estão a tomar medicação que não é adequada e pode aumentar o risco de reações adversas. A evidência revela que em Portugal, os idosos tomam em média 7,3 medicamentos e 25% toma 10 ou mais medicamentos, (Costa 2009). Segundo Rashid, 1982, citado por Bugalho & Carneiro, (2004); WHO (2003), estima-se que o grau de adesão ao regime terapêutico para a doença crónica seja de 50% nos países desenvolvidos. Segundo a WHO (2003) a **adesão** centra-se fundamentalmente na **participação ativa do doente nos cuidados de saúde**. Isto implica que **o doente adira ao plano de tratamento porque compreende a necessidade de o seguir** conforme a prescrição, conhece o impacto das tomas corretas dos medicamentos na evolução da sua doença, na qualidade de vida, aceitam alterar hábitos de vida e são ativos nos cuidados da própria saúde.

A literatura refere que a Gestão do Regime Terapêutico¹¹ para a medicação é um fenómeno complexo para o doente idoso. Requer a capacidade de gestão de várias competências que vão desde a aquisição dos medicamentos, da toma a horas certas, ter de se lembrar da dose certa, preparando-a de forma correta e respeitando as orientações do próprio medicamento. O avançar da idade traz consigo as co-

¹⁰. **Adesão** é definida como sendo a medida pela qual os comportamentos da pessoa que toma medicação ou segue uma dieta e/ou altera o seu estilo de vida corresponde às recomendações do médico ou outro profissional de saúde, (WHO 2003),.

¹¹**Gestão do Regime Terapêutico** “...é um tipo de Comportamento de adesão com características específicas: executar as actividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, actividades essas que são satisfatórias para atingir objectivos específicos de saúde, integrar actividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária”, (CIPE, 2005).

morbilidades e a diminuição de algumas faculdades, como a memória, a capacidade cognitiva e de comunicação, as possíveis alterações do comportamento, a dificuldade da mobilidade ou outras incapacidades que podem restringir o acesso e o manuseamento dos medicamentos. Este leque de condições faz com que interajam entre si e podem comprometer a correta adesão ao tratamento (Dunbar-Jacob & Mortimer-Stephens, 2001, Henriques, 2011).

Outros fatores que podem estar na origem da dificuldade na adesão ao regime medicamentoso podem estar relacionados com os fatores socioeconómicos, como a baixa literacia, o baixo rendimento, o isolamento social, o isolamento e a distância geográfica da farmácia e dos serviços de saúde, que obrigam a custos adicionais. Bem como o conhecimento que o doente tem sobre a sua doença, as suas atitudes e crenças pessoais a respeito da eficácia dos tratamentos, (Bugalho& Carneiro, 2004, Almeida et al. 2007). Segundo a WHO (2003), continua a existir a tendência para se centrar os fatores de má adesão do regime terapêutico no doente, quando este necessita é de ser auxiliado e não culpabilizado, pelo que a gestão do regime terapêutico deverá ser a atividade que justifica intervenções específicas de enfermagem.

2.3 Metodologia de Aquisição de Competências

Para desenvolver um trabalho de qualidade neste projeto senti necessidade de conhecer e compreender o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros numa consulta de enfermagem de IC. Em simultâneo com as atividades que ia desenvolvendo com o grupo de enfermeiros da CEIC, decorria o estágio na CEIC do hospital onde desempenho funções, onde tive a possibilidade de prestar cuidados de enfermagem ao doente idoso/família com IC. Como refere PIRES (2008: p.5) a experiência é um elemento chave no processo de aprendizagem, constituindo a base para a reflexão, problematização e formação de conceitos, e que contribui para a transformação da pessoa, em termos pessoais e identitários, promovendo a sua evolução. As competências adquiridas/desenvolvidas através destes estágios serão descritas em simultâneo ao longo deste relatório.

2.3.1 Preparação de Competências para Implementação do Projeto

Considero que um estágio tem como missão obrigatória desenvolver competências no âmbito do saber conhecer e saber fazer a nível profissional, e no âmbito do saber ser e saber agir no nosso local de trabalho, a nível pessoal. Assim para desenvolver um trabalho de qualidade neste projeto senti necessidade de conhecer e compreender o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros numa consulta de enfermagem de IC. Elegi o Hospital de Dia de IC do Hospital Pulido Valente por ser um serviço de referência no acompanhamento dos doentes de IC.

O estágio decorreu entre 24/10/2011 a 4/11/2011 no total de quatro turnos de manhã e tinha como objetivos:

- ✓ Conhecer a constituição da equipa multidisciplinar do hospital dia da consulta de insuficiência cardíaca;
- ✓ Familiarizar-me com os Instrumentos de Registo de Enfermagem utilizados pelos enfermeiros na consulta;
- ✓ Observação da atuação de enfermagem na orientação do doente na adesão ao regime terapêutico (medicação, alimentação e hábitos de vida);
- ✓ Distanciamento como forma de observar e refletir sobre a prática dos enfermeiros;

Utilizei a observação participante neste estágio de formação, bem como a pesquisa documental dos registos de enfermagem, normas e procedimentos, protocolos existentes do serviço, para analisar com o grupo dos enfermeiros e posteriormente ajustar e integrar na CEIC. A observação participante permitiu-me observar as atividades ali realizadas pela equipa aos doentes, bem como as características físicas da situação do ponto de vista social e do contexto, o que me possibilitou sentir que fazia parte integrante daquela realidade, (Spradley 1980:33).

Durante o processo de observação fiz pequenos registos que à posteriori utilizei para elaborar notas de campo.

As notas de campo são uma estratégia de registos de fatos, episódios e ideias associadas aos estudos que envolvem trabalho de campo, (Burgess, 1997). O trabalho

de campo refere-se a todas as atividades desenvolvidas pelo investigador com os indivíduos no seu contexto de ação. Assim, nestes registos foi dada preferência à admissão dos doentes, às intervenções terapêuticas, aos momentos informais de reunião entre os vários elementos da equipa, aos processos de interação observados entre doente/família/enfermeiro e equipa multidisciplinar. Foram momentos importantes de reflexão essenciais, permitindo a interpretação a partir não só do conhecimento, mas das vivências dessas mesmas situações para refletir sobre os protocolos que viriam a ser instituídos na consulta de enfermagem da instituição onde se estava a decorrer o projeto.

A observação e análise do funcionamento desta equipa inspirou-me para a implementação do projeto que tinha desenhado implementar na instituição onde trabalho. Preocupei-me em perceber a dinâmica de funcionamento dos enfermeiros e a sua articulação com a equipa médica, em particular o espaço dado à pessoa idosa e família.

A equipa diária é multidisciplinar sendo constituída pela secretaria do serviço, dois médicos cardiologistas, duas enfermeiras, uma assistente operacional e uma assistente social, no período da manhã. Tem também o apoio semanal do diabetologista, da dietista, da psicóloga que referencia para a psiquiatria sempre que necessário. Existe uma equipa multidisciplinar em funcionamento articulado de modo a planear e desenvolver estratégias terapêuticas, onde o enfermeiro é o técnico de referência com intervenções a vários níveis, ou seja, assume o papel de interlocutor no contexto da equipa, identificando e referenciando os doentes às várias especialidades. Há também uma articulação via telefone com a equipa de enfermagem do centro de saúde da área de residência do doente.

O doente também pode solicitar a observação das especialidades de apoio à CIC. A acessibilidade do doente/família ao serviço é através de consulta com marcação prévia, via telefone, ou presencial desde que a sua situação clínica se agrave ou para esclarecer qualquer dúvida.

A pessoa idosa inicia o seu atendimento através da **avaliação de enfermagem**, seguida da **consulta médica** e posteriormente novamente acontece a **consulta de enfermagem**. Na avaliação de enfermagem a enfermeira avalia, com um guião, os sinais vitais, o peso, o perímetro abdominal/maleolar. Observa edemas, cansaço,

caraterísticas da respiração e resultados analíticos. Verifica registos de ambulatório (peso diário, glicemias, diurese etc.). Valida, questionando o doente/família, a restrição de líquidos, a toma da medicação, a atividade física, a alimentação e outros que entenda pertinentes, dá espaço para a colocação de dúvidas.

Se o doente apresentar sinais evidentes de descompensação da IC a enfermeira procede à colheita de sangue, administra oxigenoterapia e medicação diurética conforme protocolo instituído na consulta, providência de imediato a observação médica se necessário. Num instrumento de colheita de dados de enfermagem faz registos em suporte de papel, registando o que avaliou, identifica as necessidades alteradas e encaminha para a consulta médica. Aqui o doente é observado pelo médico, este consulta registos de enfermagem, observa exames complementares, faz a revisão terapêutica e encaminha novamente para a enfermeira.

A consulta de enfermagem segue-se à consulta médica e nela são explicados os procedimentos que foram discutidos na consulta médica bem como a medicação instituída, procedendo-se ao registo de alterações na folha da medicação individual do doente. Informa-se sobre medicação introduzida, dando ênfase aos efeitos desejados e indesejados, como agir, dose a tomar, horário. Reforça-se a educação para a saúde sobre áreas identificadas como mais carenciadas. Esclarecem-se dúvidas ou questões e faz-se o agendamento da próxima sessão.

Toda a componente da promoção ao regime terapêutico fica a cargo da enfermeira. Assim, a enfermeira mobiliza todo o seu saber e questiona o doente/família sobre as aprendizagens, valoriza e promove novas aprendizagens. Esta faz o diagnóstico, prescreve e implementa intervenções de enfermagem autónomas que vão ao encontro das necessidades específicas de cada doente.

Neste estágio pretendi e consegui ter um distanciamento como forma de observar e refletir sobre a prática dos enfermeiros. Segundo Correia (2009), a Observação enquanto um instrumento básico de enfermagem exige treino e disciplina, preparação cuidada e conjuga alguns atributos ao observador/investigador, tais como atenção, sensibilidade e paciência. No decurso da observação deparei-me com algumas dificuldades, pela minha inexperiência, pois há momentos em que tudo parece essencial para anotar, levando-nos às vezes a ignorar o que era importante. A não elaboração de um guião orientador fomentou a dispersão da minha atenção, e apesar

de ter definido objetivos de estágio, penso que não os explorei da melhor forma. Correia (2009) refere que um guião orientador na observação poderá ser um auxiliar precioso, que previne a dispersão do observador, redirecionando-o para o objetivo de estudo. Tem como efeito menos positivo poder ser considerada restritiva, relativamente a uma atitude mais sensitiva mais livre, por não ser estruturada.

Ir para campo sem roteiro prévio, mesmo que com objetivos claros não foi uma boa opção. O meu tempo em trabalho de campo foi um tempo em que obtive uma visão global do que acontecia naquele local que apreciei e me ajudou posteriormente na implementação do projeto na CEIC.

Na área clínica este estágio também me permitiu desenvolver as minhas capacidades de apreciação e planificação de cuidados à pessoa idosa com IC através dos estudos de caso que elaborei. Desenvolvi competências específicas no cuidado da Pessoa Idosa, visando a promoção da saúde, a prevenção e tratamento da doença, a readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida como define a OE (2010). Apoiei-me no conhecimento aprofundado resultante da pesquisa bibliográfica efetuada e tendo em conta as respostas humanas da pessoa idosa com IC relativamente às situações de vida e aos processos de saúde/doença dos doentes que cuidei. Neste percurso procurei prestar cuidados de enfermagem de excelência em parceria ao doente idoso/família de forma sistematizada. Hoje sinto-me perita do cuidado de enfermagem pois como refere Benner (2001) o enfermeiro pode ser considerado também um perito quando age a partir de uma compreensão profunda da situação global. Os estudos de caso que elaborei e discuti em reunião com a Sr^a professora Pereira Lopes e colegas revelaram o meu evoluir.

Ao utilizar o estudo de caso como metodologia no desenvolvimento de competências como enfermeira especialista na área clínica permitiu-me desenvolver uma reflexão profunda do indivíduo/família para construir o cuidado de enfermagem. Assim para a construção do cuidado de enfermagem ao doente idoso com IC em consulta de enfermagem foi necessário ter um conhecimento global da pessoa idosa/família, dos seus hábitos de vida, das suas preferências no comer e beber, da sua história de saúde, as suas limitações que a própria doença impõe, não esquecendo toda a envolvimento do contexto social e económico, bem como o suporte familiar. Só tendo um

conhecimento profundo do doente pude por em prática o saber inerente aos vários domínios dos cuidados de enfermagem preconizados por Benner (2001).

No Domínio: A função de ajuda. A ajuda da enfermeira vai muito para além do que daquilo que é considerado terapêutico, como tive oportunidade de pôr em prática nos cuidados de conforto quando um doente optou por dar outro sentido à sua vida.

Domínio: Função de Educação e de Guia. Este Domínio foi aquele que mais contribuiu para o desenvolvimento das competências. Saliento este domínio porque nesta consulta a enfermeira identifica as necessidades dos doentes e procura dar-lhes uma resposta adequada, motivando-os, ensinando-os a lidar com a doença no sentido da adesão ao regime terapêutico e também no despiste precoce de sinais e sintomas de descompensação da IC. As funções que desempenhei nesta consulta vão de encontro à prática baseada na evidência relativamente ao tratamento da IC, que é unânime em referenciar que fazem parte integrante do tratamento da IC a adesão ao regime terapêutico (controlo dos fatores de risco; educação comportamental do doente – redução salina, restrição líquida, exercício físico moderado, monitorização do peso, adesão ao regime medicamentoso), (Cheng 2009), Sarmiento 2006), Galbreath et al 2004).

O desenvolver competência no domínio da função de diagnóstico, de acompanhamento e monitorização do doente, permitiu-me desenvolver o cuidado de enfermagem para acompanhar os doentes já em “hospital de dia” na instituição onde trabalho e onde implementava o projeto de criação de uma consulta de enfermagem. Os restantes domínios não se podem dissociar do global das aprendizagens todas foram importantes no meu crescimento como futura enfermeira especialista.

2.3.2 Intervenção de Enfermagem numa Consulta à Pessoa Idosa com IC

Foi a partir desta 1ª fase de aprendizagem que o projeto de aprendizagem até agora relatado pode ser desenvolvido. Sem estar consciente dessas aprendizagens não poderia convencer e negociar o que atrás referi. Como refere Colliere (2001 p. 419-421) é a partir do contato com o doente nas situações concretas que importa aprender a ler para, a partir dos sinais, discernir o que constitui o problema. Ou seja, é a partir das situações individuais vividas e analisadas que pude construir a minha

aprendizagem atingindo também aprendizagens no grupo em que estive envolvida. Iniciei o meu estágio na consulta médica de IC como observadora, nas primeiras duas semanas, tendo como objetivo observar a interação da médica/doente/família. Uma vez que o espaço físico era comum ao da médica houve necessidade de negociar o meu papel na consulta, ficando acordado que ficaria no papel de observador participante no decorrer da consulta.

Constatei um atendimento personalizado e familiar por parte da equipa médica sendo o doente tratado pelo nome e sendo respeitado nos pequenos detalhes, como foi exemplificado pela justificação da minha presença a cada doente per si. Percebia-se um atendimento centrado no doente e suas dúvidas onde enfermeiro e médico cooperavam com a mesma finalidade e em articulação explícita. A nota de campo elaborada revela esse ambiente de trabalho

«Senti-me muito bem acolhida na consulta pela médica, demonstrado pela forma como me envolvia na própria consulta, apresentava-me a história clínica dos doentes, explicava-me as alterações da medicação e discutíamos as necessidades de orientação que alguns doentes necessitavam relativamente ao regime terapêutico. Tacitamente estava aceite que a negociação ao regime terapêutico ficava a cargo do enfermeiro, ainda que não de forma explícita quanto poderia ser».

A IC como doença crónica afeta o bem-estar do doente, bem como o impacto que pode ter na sua qualidade de vida, pelo que deve ter um acompanhamento personalizado na gestão e na promoção da adesão aos regimes terapêuticos, nomeadamente o medicamentoso. No doente idoso, pela sua vulnerabilidade nas diversas dimensões, os enfermeiros como educadores para a saúde, ajudam o doente/família a desenvolverem permanentemente estratégias de gestão apropriadas para cada situação, tendo como finalidade uma melhor adesão ao regime terapêutico. Os enfermeiros ocupam um lugar de relevo na equipa de saúde, auxiliam o doente/família no desenvolvimento de um plano de cuidados individualizado que deve incluir necessariamente suporte à família, (Tanner 2004).

Nas primeiras consultas a que assisti, constatei a importância de ser necessário um resumo mínimo de dados, pois há muita informação que o doente fornece que se não ficar registada vai-se perder e não será transmitida aos outros profissionais de enfermagem que irão cuidar do doente na CIC. Segundo Werley et al., 1991, p. 421 referenciado pela OE (2007) um resumo mínimo de dados de enfermagem é “(...) o

conjunto mínimo de itens de informação referente a dimensões específicas da enfermagem, com categorias e definições uniformes, que vai ao encontro das necessidades de informação dos múltiplos utilizadores dos dados no sistema de saúde.” Assim a avaliação inicial do doente é fundamental tendo como principal objetivo recolher informação precisa a fim de orientar o pensamento para o diagnóstico de enfermagem, Gestão do Regime Terapêutico, que é habitualmente identificado sempre que se verifique deficit de conhecimentos ou habilidades em qualquer aspeto do estado de saúde do doente idoso com IC, para assim poder fazer um correto planeamento dos cuidados e organizar as intervenções de enfermagem para proceder a uma prestação de cuidados individualizados e personalizados adequada ao doente idoso com IC.

Deste modo e após análise e reflexão sobre a avaliação inicial efetuada ao doente internado no serviço de cardiologia/ucc constatei que os dados que se colhiam sobre os doentes eram insuficientes para se poder intervir de forma individualizada. Não demonstravam os aspetos físicos, comportamentais, socioculturais, ambientais e espirituais do doente, dados necessários e essenciais a uma identificação ajustada e individualizada às necessidades de ensino do doente com IC. Senti necessidade de reformular este instrumento de registo, para assim fazer uma avaliação mais adequada sobre os hábitos de vida do doente com IC e no sentido que a pessoa dava a esses mesmos hábitos, para se poder chegar a um diagnóstico adequado na adesão ao regime terapêutico.

Como este projeto não foi um projeto solitário, mas um projeto de uma equipa de enfermagem do serviço de cardiologia/ucc, (que terá continuidade com o grupo da CEIC), houve necessidade de planear e realizar uma sessão de formação com toda a equipa do serviço, que decorreu a 11 de Janeiro de 2012, onde se pretendeu divulgar o projeto de forma formal e adquirir contributos para a organização da consulta de enfermagem apelando à discussão e reflexão dos enfermeiros. Assim reformulou-se juntamente com a equipa os elementos colhidos na avaliação/apreciação inicial do serviço por forma a adapta-la à CEIC.

A equipa sugeriu ainda melhorar a avaliação inicial relativamente à NHF comer e beber e assumiu o compromisso de melhorar a sua prática na enfermaria/ucc, relativamente a esta NHF. Assim sugeriu descrever minuciosamente os alimentos que compõem cada refeição do doente quais os líquidos que acompanham as refeições e que ingerem ao longo do dia, e a forma como confeccionam os alimentos. Ficou acordado incluir na

realização da avaliação inicial da enfermagem/ucc, os novos itens relativamente à alimentação e quais os campos onde se iriam registar. Discutiu-se ainda qual o campo informático onde se iria registar cada item atrás mencionado, pois teria de se adaptar à avaliação inicial parametrizada no SAPE para o serviço de cardiologia/ucc. Apesar deste projeto ser direcionado para a CIC não podia desvalorizar estas sugestões do grupo para manter a sua motivação e empenho. O pensamento reflexivo, tal como preconiza Alarcão (1996), sobre os requisitos da formação, onde os conteúdos impostos, não devem subjugar o grupo de formandos.

Nesta sessão promoveu-se a participação de todos os presentes utilizando uma metodologia interativa, conforme plano da sessão, (Apêndice 3).

Após a apreciação da avaliação inicial do serviço o grupo sugeriu várias formas de a melhorar, ficando acordado pela equipa que a avaliação inicial seria efetuada na primeira consulta. Assumi o compromisso de fazer monitorização através de auditorias ao processo clínico e que transmitiria os resultados. Os registos foram analisados à luz de uma grelha entretanto elaborada, tendo verificado uma mudança significativa no registo de enfermagem relativamente à NHF comer e beber, houve a preocupação de efetuar um registo detalhado não só dos alimentos e dos líquidos como também à adição de sal, exemplo de uma nota de enfermagem da colheita de dados de um doente:

“O doente faz 3 refeições diárias. Ao pequeno almoço bebe uma chávena de 150ml com leite acompanhado de uma fatia de pão torrado com manteiga; Almoço come carne ou peixe acompanhado de hidratos de carbono de preferência arroz e uma sopa, acompanha com um copo de água; Jantar é semelhante ao almoço mas não come a sopa. Os alimentos são confeccionados com sal, não gosta da comida sem sal. Durante o dia bebe cerca de 1L de água”.

Foi um passo importante para desenvolver competências como enfermeira especialista no **domínio em que a enfermeira especialista baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento**, nomeadamente na competência, *responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade*; Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade; Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho (OE, 2010: p10).

Dentro das condições privilegiadas da minha aprendizagem no papel de estudante, decidi analisar o processo antes de chamar o doente, como já anteriormente era feito, seguidamente avaliava a situação clínica de enfermagem relativa a parâmetros vitais, fazia o despiste de sinais e sintomas de agravamento da IC, identificava necessidades de ensino, dava espaço para o doente exprimir as suas dúvidas. A médica prosseguia com a consulta médica, completava o exame físico, via exames procedia às alterações terapêuticas, fazia o guia de tratamento para a medicação iniciava o respetivo ensino que eu terminava e completava. Como refere Amendoeira (2006), o médico mobiliza as competências no âmbito da padronização de resposta a dar ao diagnóstico estabelecido (a não adesão), enquanto que o enfermeiro, além de completar a intervenção do ato médico, valoriza o papel do doente no decurso do estabelecer e manter uma relação interpessoal, para perceber como a pessoa está a viver a experiência. O enfermeiro no seu papel independente do cuidar faz o diagnóstico, prescreve e implementa intervenções autónomas indo ao encontro das necessidades do doente idoso com IC. O enfermeiro ao ajudar o doente/família a aderir ao regime terapêutico age no âmbito da autonomia (OE, 2009).

Esta consulta partilhada foi um momento de aprendizagem que ajustei face ao vivido no estágio anteriormente realizado e permitiu-me aceder a situações de cuidados complexas, que adiante especificarei e que exigiram o mobilizar dos recursos pessoais, da comunidade e simultaneamente me permitiram a aquisição de novos conhecimentos práticos e teóricos.

“O campo de competência da enfermagem tem como finalidade mobilizar as capacidades da pessoa, e dos que o cercam, com vista a compensar as limitações ocasionadas pela doença (...). A competência da enfermagem baseia-se na compreensão de tudo o que se torna indispensável para manter e estimular a vida de alguém, procurando quais os meios mais adaptados para o conseguir.” Collière (1998, p.290).

Assim este período serviu para desenvolver competências no âmbito do orientar a pessoa idosa/família com IC e para promover a relação interprofissional necessária para desenvolver uma relação de confiança entre dois técnicos de saúde, eu e a médica, num papel complementar. Ambas pretendíamos desenvolver um modelo de relação e colaboração efetiva, enquanto profissionais de saúde e o doente/família, em que a sua dimensão social e psicológica fosse tida em consideração, de modo ao desenvolvimento de uma conceção de plano tratamento e uma relação terapêutica

efetiva. Como o interesse era comum, conseguimos gerir muito bem o espaço físico e as áreas de competência “*Como nenhum campo de competências pode ser isolado em si próprio, (...) o campo de competência da enfermagem situa-se em inter-relação com o campo de competência dos utilizadores e dos médicos, partilhando zonas comuns, com cada um deles*”. Collière (1998, p.290). Da experiência que vivi, verifiquei positivamente que quando o enfermeiro dispõe de um corpo autónomo de conhecimentos consegue integrar uma equipa multidisciplinar, onde de forma clara e compreensiva contribui para o plano de assistência do idoso na sua área de competência independentemente do local onde exerce a sua atividade profissional.

A proximidade com a médica ao longo de alguns anos anteriormente vividos em comum, e a partilha do mesmo espaço físico proporcionou a ambas as partes trabalhar em interdisciplinaridade, unindo os diferentes conhecimentos disciplinares para levar a cabo um interesse comum. Esta proximidade não foi uma limitação mas um desafio, que ao dispor da perspetiva médica e dos doentes idosos constatei a importância da complementaridade de dados e de papéis da equipa de saúde. Pude também aperfeiçoar competências na área da comunicação, reequacionando a importância de instrumentos de enfermagem como a observação, a escuta ativa e a relação terapêutica, a par do uso de instrumentos e escalas que aprofundavam o conhecimento de dados sobre possíveis problemas a pessoa idosa.

A comunicação pela escrita foi das mais difíceis de ultrapassar. Colocar por escrito as aprendizagens efetuadas foi levar a cabo algo que concordo plenamente com o que refere (Benner 2001: 31), “*As enfermeiras nunca puseram, seriamente, por escrito os resultados das suas aprendizagens que foram realizando ao longo da sua prática*”. Como futura enfermeira especialista terei de continuar a desenvolver a escrita instrumento de comunicação essencial, como refere a mesma autora, pois as práticas bem relatadas e observações claramente expostas são essenciais para o desenvolvimento da teoria.

As mudanças também se fizeram sentir no serviço de cardiologia a nível dos registos de enfermagem, a avaliação/apreciação inicial do doente passou a ser mais completa relativamente aos hábitos de vida do doente, nomeadamente à NHF comer e beber como forma mais eficaz de identificar a gestão do regime terapêutico não medicamentoso, como pude verificar nas auditorias realizadas ao processo de enfermagem.

Destaco ainda o desenvolvimento de competências no domínio da gestão dos cuidados, onde o enfermeiro especialista **adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados** OE (2010).

Após a participação em algumas consultas constatei que a pessoa idosa e família frequentemente tinham dificuldades em apreender toda a informação oral que lhes era transmitida. Daí ter sentido necessidade de transmitir por escrito de forma simples alguma informação que complementasse a informação que era comunicada oralmente, em complementaridade das indicações individualizadas que cada doente recebia da médica. Segundo Bugalho & Carneiro (2004) a informação por escrito potência a adesão ao regime terapêutico.

Apreendi, de forma bem mais consciente, que para prestar cuidados de enfermagem individualizados ao doente idoso com IC é essencial ter um conhecimento global da pessoa idosa, dos seus hábitos de vida, das suas crenças e valores, da sua história de saúde, estar atento a sinais e expressões faciais para que em parceria se possa negociar com a pessoa idosa e família o melhor e possível plano de intervenção que contemple os cuidados prioritários. Os diagnósticos de enfermagem e respetivo planeamento precisa responder às características individuais, sociais e culturais das pessoas idosas e seus cuidadores para facilitar a adesão ao regime terapêutico, tal como Collière (1998, p 290) preconiza

“O campo de competência de enfermagem situa-se na mobilização e desenvolvimento das capacidades da pessoa, da família, dos que a cercam, para fazer face ao acontecimento, resolver a dificuldade, visando torna-la competente e capaz de utilizar os recursos afetivos, físicos, sociais e económicos de que dispõe.”

Não sendo um hospital de dia de IC, porém no período que decorreu o meu estágio, proporcionei acompanhamento e vigilância em ambulatório a cinco doentes em Classe Funcional III e IV da IC. Pude reconhecer sinais e sintomas de evolução rápida da IC e orientar em conformidade. Para efetivar esse papel demonstrei a minha disponibilidade sendo usado com frequência a via telefónica para o serviço de cardiologia/UCC, onde me encontrava regularmente. Os cuidados que prestei são referenciados e integrados nos domínios dos cuidados de enfermagem de Benner, (2001), onde afirma que a enfermeira especializada não propõe apenas informações, ela oferece também maneiras de ser, de enfrentar e oferece mesmo novas perspetivas ao doente, graças às possibilidades e ao saber que decorrem de uma boa prática de cuidados de

enfermagem. Dos sete domínios que Benner (2001), destaco a função de educação e de guia, administrar e vigiar protocolos terapêuticos. A função de educação permitiu-me identificar e validar se o momento em que o doente estava pronto para aprender era adequado, se a ajuda ao doente para interiorizar as implicações da doença o deixavam mais responsável, ou inquieto. Interpretar o estado do doente e das razões dos tratamentos foi um alerta que me dei conta de dar atenção intencional.

Na função de guia dei atenção particular aos aspetos culturais da doença e no domínio administrar e vigiar os protocolos terapêuticos a administração dos medicamentos de maneira apropriada e sem perigo, vigiando os efeitos secundários, as reações, as respostas ao tratamento, a toxicidade e as incompatibilidades. Foram das áreas que mais exigências me provocaram e mais dificuldade tive em corresponder para poder ajustar explicações científicas numa linguagem compreensível aos clientes idosos.

Em síntese, guiando-me pelos domínios de Benner (2001) possibilitei aos doentes/família a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências ajudando-os a tomar parte dum plano de cuidados adequado e individualizado de gerir a sua doença em ambulatório, sob a nossa vigilância semanal ou às vezes em dias alternados. Sempre que possível, foi dada a possibilidade de escolha ao doente, entre ser internado ou seguir o tratamento no domicílio, ora esta atitude ao ser feita de modo intencional marca a diferença perante o doente de ter no enfermeiro um aliado, ou um técnico distante.

2.4 Avaliação do Projecto

A monitorização do projeto foi feita de modo informal, porque as medidas corretivas iam acontecendo à medida que o projeto se ia desenvolvendo, por isso muitas das mudanças aconteciam e implementavam-se com o acordo dos envolvidos pelo que não era possível fazer uma monitorização sistematizada.

Como é um processo de mudança que continua a ser implementado é difícil fazer uma avaliação, todavia durante o mês de Janeiro 2012 procedeu-se ao balanço intermédio do projeto e fazendo a análise e reflexão das notas de campo do estágio elaboradas, constato que o acompanhamento personalizado e individualizado ao doente idoso em consulta de enfermagem foi o fator mais facilitador para a adesão ao regime terapêutico medicamentoso e não medicamentoso. A nota a seguir mostra a

compreensão que a pessoa idosa faz dessa adesão, que posso interpretar como uma forma positiva de avaliação do projeto.

*“...não sabia que o sal era tão ameaçador para a minha saúde, diziam-me para não comer sal, **mas não me explicavam o porquê** (...) agora depois da senhora enfermeira me explicar já percebo que está relacionado com o inchaço dos pés... e com a falta de ar...vou assumir o compromisso de diminuir a adição de sal na confeção dos alimentos...” DC*

É com grande satisfação, que começo a notar que os doentes já me procuram como sendo a enfermeira de referência da CIC, quando necessitam de qualquer esclarecimento ou ajuda.

Coincidente com o balanço intermédio, em Janeiro o espaço físico foi melhorado e hoje existem dois gabinetes, um para a consulta de enfermagem e outro para a consulta médica. Este acréscimo no espaço de cuidados é um simples reflexo muito positivo do desempenho profissional e de uma política de saúde conseguida pela negociação e capacidades, tal como também refere Henriques (2011).

No término deste relatório, a consulta de enfermagem de IC que se iniciou em Novembro de 2011, decorre às quintas e sextas-feiras das 8h às 14h com possibilidade de alargamento até às 16h, em gabinete próprio, no 7º Piso serviço de cardiologia/ucc.

Na primeira consulta a enfermeira procede ao acolhimento do doente idoso/família de forma cordial demonstrando respeito e disponibilidade, faz um atendimento personalizado, realiza a entrevista de admissão, seguindo o padrão de documentação de enfermagem, entretanto construído durante este projeto pelo grupo pertencente à CIC que serve de guia na entrevista e auxilia na identificação de problemas que, embora possam não ser sentidos pelo doente influenciam de forma importante no seu estado de saúde. Durante o acolhimento a enfermeira apresenta a equipa e a sua dinâmica, procura conhecer o doente/família, a sua história de doença. Recolhe informação e regista-a em suporte de papel e junta-a ao processo clínico que posteriormente é partilhada com a médica que vai consultar o doente. Após a consulta médica procede-se à consulta de enfermagem onde se estabelece um plano de cuidados de enfermagem, a ser seguido e reajustado nas consultas seguintes no sentido de ajudar o doente idoso/família a atingir a máxima capacidade de autocuidado. Na consulta de enfermagem a enfermeira ensina e incentiva o doente idoso/família

facilitando a sua tomada de decisão, a aquisição de conhecimentos e habilidades que lhe permitam gerir o seu regime terapêutico, (Apêndice 4).

Nesta consulta o enfermeiro deve ser empático, sem impor condições ou julgamentos, respeitando as suas preferências, obtendo a confiança do doente/família demonstrando segurança, consistência e responsabilidade. Ajuda o doente /família a estabelecer prioridades e a superar obstáculos explorando alternativas e valorizando as suas pequenas e grandes conquistas.

Em finais de Fevereiro os elementos da equipa de enfermagem da CIC começaram a assistir às consultas por sua iniciativa. Dei por terminado o projeto académico nesta data, tendo sido feita uma avaliação global relacionada com o fim do estágio tendo sido divulgada à chefe e equipa de enfermagem do serviço. A avaliação está relacionada com o fim do estágio, mas as atividades não foram encerradas, perspetivando-se a sua continuidade, uma vez que este projeto não foi construído só com o intuito de desenvolver as minhas competências enquanto estudante e irá prosseguir para além do âmbito académico. Assim, perspetiva-se a continuidade da construção do guia orientador para os cuidados de enfermagem promotores da adesão ao regime terapêutico na pessoa idosa com IC, conforme a prioridade das necessidades de cuidados identificadas pelas equipas de enfermagem, dando assim continuidade à formação-acção.

Está previsto de acordo com a chefia do serviço a integração dos restantes elementos da equipa de enfermagem da CIC, a partir do mês de Abril, sob a minha orientação. Ainda como estratégias de promoção da continuidade do projeto preconiza-se a parametrização informática no sistema SAPE de todo o processo clínico. Este processo decorrerá durante o mês de Junho como previsto pela equipa de parametrizadores do hospital.

Será efetuada uma primeira avaliação de resultados ao fim de um ano da sua implementação, monitorizando os ganhos em saúde obtidos na redução dos internamentos dos doentes com IC, esta avaliação será efetuada por mim com a colaboração da equipa de enfermagem da CIC.

2.4.1 Resultados Inesperados

Na **área clínica** foram desenvolvidas competências específicas no cuidado da Pessoa Idosa, visando a promoção da saúde, a prevenção e tratamento da doença, a readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida como define a OE (2010). Apoiando-me num conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem resultante das pesquisas bibliográficas efetuadas e tendo em conta as respostas humanas às situações de vida e aos processos de saúde/doença dos doentes que cuidei. Neste percurso procurei prestar cuidados de enfermagem de excelência em parceria ao doente idoso/família de forma sistematizada, com enfoque na IC.

A consulta de enfermagem foi um momento privilegiado onde se pode inserir os cuidados num projeto de ação de saúde e assegurar a sua continuidade. A criação de uma relação onde a interação enfermeiro e doente foi a *pedra de toque* que possibilitou a alguns enfermeiros a adoção ou alteração de um determinado comportamento. Ensinar o doente exigiu uma partilha em que o enfermeiro como agente e motor do desenvolvimento dos cuidados, deixava aos doentes a iniciativa, permanecendo no estimular e ajudar a reencontrar a sua capacidade de continuar o tratamento (Collière, 1989). Também Hesbeen (2000) refere que para criar uma relação de confiança entre doente e enfermeiro, é imprescindível apresentar um quadro de competências que permitam o caminhar com a pessoa, cabendo à pessoa escolher com mais pormenor com quem caminhar e como caminhar. O excerto da nota de campo mostra o detalhe para que a interação seja eficaz:

“ ...tenho seguido todas as indicações que a enfermeira me recomendou, sinto-me muito melhor...ontem bebi um chá de tília, sabe eu gosto muito de chá,(...) já não bebi o leite da tarde, porque senão já bebia muitos líquidos...e ultrapassava o litro e meio de líquidos que posso beber durante o dia. “DC.

Quanto maior for o conhecimento sobre a sua doença o doente irá desenvolver habilidades e instituir novas formas de pensar e agir, repercutindo-se em ganhos de saúde.

Foram resultados inesperados a possibilidade de acompanhamento de proximidade a cinco doentes graves e de prognóstico reservado, (classe funcional III e IV). Foram seguidos em consulta diariamente quer presencialmente, quer via telefone o que levou

a que a consulta funcionasse como hospital de dia e deu-lhes a possibilidade de serem tratados em ambulatório. Assim, para estes doentes a diferença foi entre estar em casa e estar hospitalizado. Os doentes compareciam no serviço, eram observados pela médica e pela enfermeira, administrava-se terapêutica diurética, colhia-se sangue para análise e voltavam para a sua casa com indicações precisas. Quando nos contactavam via telefone informavam-nos sobre os sinais e sintomas, peso e balanço hídrico e eram feitos ajustes de terapêutica e apoiava-se a competência de gestão do doente e família.

Destes cinco doentes dois faleceram durante o decorrer do estágio. Um faleceu em casa por vontade própria e da família. Neste caso a família manteve sempre contato telefónico com a enfermeira informando do estado de saúde sendo dadas indicações na tentativa de proporcionar algum conforto “ (...) a enfermeira ajuda o doente a levar a cabo o plano terapêutico (...) Como membro de uma equipa (...) a enfermeira ajuda os outros membros, (...) a planear e executar o plano global, quer ele seja para a melhoria da saúde, quer para a recuperação da doença, quer para o apoio na morte. (...) ” (Henderson 2004, p. 3). Foi uma situação complexa de cuidados para a qual não estava preparada, porque apesar de saber que uma das funções do enfermeiro é cuidar doente/família em fim de vida. Como profissionais de saúde estamos mais preparados e motivados para enfrentar a doença, tratar a sua causa e tentar evitar a morte do que prestar cuidados em fim de vida, (Pacheco, 2002:64).

. Estas experiências dolorosas foram vividas como momentos de grande aprendizagem. É o contato com o mundo do trabalho e seus problemas, bem como o recurso à reflexão sobre o que se observa e se vive, que conduz à construção ativa do conhecimento na ação, (Costa, 2002:73). O segundo doente veio a falecer no serviço e ainda hoje recordo as palavras com que me abordou com sinais evidentes de descompensação de IC:

“...tenho consciência de que não segui as instruções que me deram durante este período festivo (Natal e passagem de ano), mas como sabia que era o ultimo que ia passar em família esqueci a doença, porque me sentia bem, e quis ser feliz nos últimos dias da minha vida...”

Foi um resultado inesperado a apreciação feita por um doente que seguiu com rigor as orientações por nós efetuados, mas que numa determinada etapa da vida optou por dar outro sentido à sua vida, o de viver com prazer, porque “o sentido não tem, necessariamente, uma orientação única, (...). A maior parte das vezes situa-se numa

encruzilhada de um desejo e de um contra desejo”, Collière (1989:302). Estas opções legítimas que as pessoas têm direito a fazer mas que nem sempre são bem recebidas pelos enfermeiros e outros profissionais de saúde, porque “nos ensinaram que as coisas são ou não são, não nos ensinaram que os fenómenos da vida estão na junção de forças contrárias que se procuram constantemente.”, Collière (1989:302). Foi muito forte esta aprendizagem que foi partilhada na equipa, pois por muito desconcertados que fiquemos precisamos aceitar os caminhos que os doentes escolhem e não criticá-los, mas antes ajuda-los a encontrar o seu caminho propondo-lhes várias alternativas na base do respeito pelas suas crenças, valores e decisões.

Os restantes doentes mantêm-se sob vigilância semanal em consulta de enfermagem. Apesar do curto espaço de tempo deste projeto, acompanhei doentes em fases diversas da vida cheios de inquietações, em caminhos recheados de crises e ruturas que a IC provoca, com perdas de autonomia devido às limitações da mobilidade e à morte eminente. Na IC o doente/família confronta-se com uma doença crónica grave incurável e progressiva geradora de grande *stress* emocional, medo e muito sofrimento pela deterioração da qualidade de vida. Torna-se esgotante e perturbador no seio da família, cuidar da pessoa idosa descompensada e quando numa determinada fase da doença a meta que se lhes propõe é apenas proporcionar conforto e controlo da sintomatologia, a preparação dos enfermeiros e da família esfuma-se. Neste âmbito a teoria ajudou-me a refletir, bem como aos enfermeiros, sobre o cuidado de enfermagem indo beber inspiração no conceito de cuidados de conforto de Collière (2001:184) *“destinam-se a confortar, a fortalecer a segurança física afetiva necessária para manter as capacidades existentes e reconquistar as que podem ser recuperadas.”.*

Iniciei-me na técnica da entrevista usando a entrevista semiestruturada com um doente com IC em Classe funcional III seguido semanalmente em consulta. O excerto a seguir é indiretamente uma avaliação do impacto do projeto implementado.

“...quando estou pior sei que posso procurar a enfermeira e a médica sem precisar de ir à urgência. Antes diziam-me que não podia comer com sal, proibiam-me de beber água mas não sabia porquê. Hoje sei o porquê das coisas o (...) se procurar ajuda mais cedo quando estou a ficar com algum sinal diferente posso evitar o internamento ou encurta-lo. Lembra-se como eu estava em Dezembro do ano passado, que tinha que

*vir aqui ao serviço duas a três vezes por semana fazer medicação, **se não fosse esta consulta tinha que ficar internado.** Desde essa altura que não voltei a ser internado.*

Neste excerto de entrevista é visível a valorização positiva expressa nas palavras do doente do trabalho realizado pela enfermagem, que eu interpreto como uma avaliação positiva do projeto e com resultados inesperados por mim.

“ A consulta de enfermagem é uma intervenção visando a realização de uma avaliação, o estabelecer de um plano de cuidados de enfermagem no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado.” Há data de terminar do projeto académico a **consulta de enfermagem de IC** é uma realidade na Instituição. Situa-se no 7º Piso, no serviço de cardiologia, tem o horário das 8 às 14h nas quintas e sextas-feiras. Tem como recursos físicos dois gabinetes equipados, um médico e outro de enfermagem. Dos recursos humanos começa a delinear-se uma equipa multiprofissional constituída por seis enfermeiros, duas médicas e uma técnica de cardiopneumografia. Deu-se início à construção de protocolos de intervenção de enfermagem.

Assim a avaliação do objetivo geral deste projeto foi atingido na sua plenitude: pessoa idosa com IC já dispõe de um atendimento de forma regular e sistematizada numa consulta enfermagem que tem como filosofia promover a individualização dos cuidados.

3 CONCLUSÃO

Os domínios de competência que procurei relatar agrupam-se em três grandes áreas: área da gestão, área clínica e área da investigação e respondendo também ao preconizado pela Ordem dos Enfermeiros. Este relatório pretendeu também dar visibilidade às aprendizagens como enfermeira especialista na área clínica. Este caminho formativo foi efetuado através de um investimento na procura de bibliografia específica relacionada com o cuidado da pessoa idosa, com insuficiência cardíaca. Com a implementação deste projeto pretendi desenvolver competências de enfermagem ao cuidar da Pessoa Idosa através da prestação de cuidados especializados na área do projeto desenvolvido preconizados pela OE (2010), relativamente aos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais.

Para a operacionalização deste projeto na dimensão da gestão/mudança de práticas foi através da criação de uma consulta de enfermagem que promoveu o atendimento do doente idoso com IC de forma personalizada e sistematizada ao contrário do que acontecia até aí.

Delinear um projeto de intervenção e implementá-lo não foi um caminho fácil, foram várias as limitações que surgiram. Algumas, inerentes à minha inexperiência e outras relacionadas com contingências externas e que não estavam previstas. Foi um caminho tortuoso que nem sempre ocorreu de forma convencional, como qualquer projeto que vive e é alimentado na prática de cuidados. Foi um construir e desconstruir constante, para nos adaptarmos aos desafios encontrados. Contribuiu para um crescimento pessoal e profissional envolvendo a formação, no e para o contexto da prática, tal como Alarcão (2001) preconiza onde construção do saber pela experiência está numa relação direta.

Ainda na fase embrionária do projeto surgiu a primeira limitação, a recusa pela enfermeira chefe da consulta externa, contexto clínico onde estava previsto ser implementado o projeto de intervenção. Esta recusa levou-me a mudar de estratégia e a negociações com a enfermeira chefe do serviço onde desempenho funções. Perante o **primeiro não**, constatei que não seria uma tarefa fácil e que alguns obstáculos

teriam de travar para levar a cabo esta tarefa. Arranjar estratégias para superar obstáculos, são desafios que permitem a reflexão, que dão oportunidade de mobilizar conhecimentos, desenvolver competências e adquirir assim experiência para futuros projetos.

O presente relatório pretendeu demonstrar o meu interesse por esta temática, cuidar de pessoas idosas com IC, e dar visibilidade às aprendizagens por mim efetuadas ao longo deste percurso de formação. No início do projeto situei as minhas competências no nível de Enfermeira competente. A enfermeira competente planeia de modo consciente, abstrato e analítico os aspetos importantes e os que podem ser ignorados. Sabe bem das coisas, é capaz de enfrentar imprevistos. Ganha eficiência e organização, (Benner2001). Já no decorrer do estágio e no desenvolvimento do projeto desenvolvi competências comuns de enfermeiro especialista definida pela Ordem dos Enfermeiros (2009) e atingi o nível de enfermeira perita, esta apreende o problema sem se perder, age tendo em conta o conhecimento profundo da situação e quebra/rompe com regras instituídas se for necessário (Benner 2001). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2006) o enfermeiro especialista tem conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas às situações de vida e aos processos de saúde/doença, traduzido num conjunto de competências, relativas a um campo particular de intervenção.

A implementação do projeto de intervenção possibilitou o desenvolvimento de competências enquanto gestora de um projeto devidamente fundamentado na literatura e pertinente à realidade do contexto clínico do doente com IC. Assim para o desenvolver comecei por aprofundar conhecimentos sobre a temática em estudo, fazendo pesquisa nos livros, revistas científicas e nas bases de dados, como suporte científico. Cada etapa do projeto serviu para desenvolver competências do cuidar especializado ao idoso com IC.

Para dar viabilidade a este projeto e desenvolver competências na área da formação, recorri à formação ação que se demonstrou como uma experiência algo inovadora para mim e grupo de enfermeiras. Rompeu-se com a tradicional formação em serviço, por vezes imbuída de uma lista de temáticas previamente elaborada e apresentada como se fosse uma aula. Recorrer à formação ação para resolver um problema existente, atendimento deficitário aos doentes com IC que de forma recorrente procuravam

atendimento médico sem desejarem passar pelo serviço de urgência, possibilitou a partilha e reflexão de experiências de toda a equipa de enfermagem e alguns médicos.

No desenvolvimento do projeto houve uma maior envolvimento de um grupo de enfermeiros que tiveram um papel ativo durante a sua implementação inicial, tendo como filosofia a partilha das decisões em conjunto de modo a determinar o próximo passo a dar. O processo da formação ação centrou-se numa ação colaborativa cuja finalidade foi o envolvimento de todos os enfermeiros em especial o grupo da CIC na implementação da consulta de enfermagem ao doente idoso com IC e da médica cardiologista

Os cuidados aos idosos com insuficiência cardíaca inserem-se num desafio para os profissionais de saúde devido aos numerosos problemas de saúde consecutivos ao envelhecimento. O tratamento é complexo dado este ser influenciado pelas diversas etiologias e pelas várias comorbilidades que afetam os idosos e também pela variabilidade individual e da resposta à terapêutica. Ocorrem por vezes erros de diagnóstico e consequentemente erros de tratamento uma vez que os sinais e sintomas da IC muitas vezes são atribuídos à velhice. Deste modo, prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente idoso em consulta de enfermagem foi vantajoso e a minha perceção é que é possível diminuir a vinda da pessoa idosa ao serviço de urgência. Através da observação e dos resultados obtidos nos doentes seguidos em consulta, penso que será possível reduzir os internamentos por descompensação cardíaca, desde que o doente adira ao regime terapêutico prescrito. Ao cuidar do doente idoso em consulta de enfermagem a enfermeira identifica, em conjunto com o idoso/família, as necessidades individuais de cuidados, estabelecem prioridades, elabora os diagnósticos de enfermagem, planeia e executa e avalia as intervenções de enfermagem personalizadas.

As competências como gestor de mudanças, desenvolvi-as na criação de uma consulta de enfermagem que visou auxiliar o doente idoso na gestão do regime terapêutico. O trabalho desenvolvido nas diferentes etapas da metodologia de projeto serviram para desenvolver competências também na área da investigação, nomeadamente pela revisão da literatura que deu suporte às estratégias de intervenção em que tiveram por base a prática baseada na evidência, bem como no uso das notas de campo e entrevista.

Estas aprendizagens ao serem alvo de análise e orientação individual e em grupo permitiram refletir e rever a prática e alimentá-la com novos desempenhos.

Através da implementação de uma consulta de saúde, com médico e enfermeiro foi possível acontecer uma grande mudança durante este percurso de aprendizagem centrada no doente, este deixou ser a “*encomenda que todos queriam despachar*”, quando aparecia no serviço desamparado e cheio de problemas que importava resolver rapidamente, para passar a ser uma pessoa com direito a um atendimento individualizado por uma equipa própria num espaço privilegiado, em consulta de enfermagem de forma a promover a sua capacitação em saúde.

No término deste projeto académico, a **consulta de enfermagem de IC** é uma realidade na instituição onde trabalho, com um horário regular, com recursos físicos e uma equipa médica e de enfermagem. Dos recursos humanos começa a delinear-se posteriormente ao projeto, uma equipa multiprofissional mais alargada constituída por seis enfermeiros, duas médicas e uma técnica de cardiopneumografia. Deu-se também início à construção de protocolos de intervenção de enfermagem.

Em termos de desenvolvimento pessoal saliento a escrita como técnica de dar voz aos pensamentos e ao que observava, lia e questionava. Escrever o que observava e fazia, bem como justificar a razão de porque fazia, ajudou-me a perceber que a utilização da escrita é uma forma disciplinada de desenvolver a capacidade reflexiva. Foi um processo de aprendizagem por vezes solitário em que a reflexão que fazia nem sempre conseguia descrevê-la, nem traduzi-la no papel. Foram momentos de olhar para uma página em branco, sem saber por onde começar e que faz parte da história de enfermagem, em que a oralidade se sobrepõe á escrita. Esta dificuldade que fui ultrapassando ao longo da formação, mas é algo que como futura especialista ainda muito tenho que desenvolver.

4 BIBLIOGRAFIA

AINSCOW, M. (1995). The next step for Special Education: supporting the development of inclusive practices. **British Journal of Special Education**, Nº 27 (Setembro 2000). 76-80.

ALARCÃO, I., (1996) - **Formação Reflexiva de Professores: Estratégias de Supervisão**. Porto: Porto Editora. ISBN: 972-0-34721-X. pp. 181.

ALMEIDA, H., Versiani, E., Dias, A., Novaes, M. & Trindade, E. (2007). Adesão a tratamentos entre idosos. *Comunicação Ciências e Saúde*, 18 (1), 57-67. Acedido em Dezembro de 2011 Disponível em http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol18_1art07.pdf

AMENDOEIRA, J. (2006). **Da necessidade de proteção à confiança nos profissionais de saúde**. In: C. Balsa (Org.), *Confiança e laço social*, p. 229-237. Lisboa: Edições Colibri/CEOS

BARBIER, Jean-Marie (1996) – **Elaboração de Projetos de Ação e Planificação**. Porto: Porto Editora. ISBN: 972 – 0 – 34160 – 8

BARROSO, João (2003) – *Formação, Projeto e Desenvolvimento Organizacional*. In: CANÁRIO, Rui. **Formação e situações de trabalho**. Porto. Porto Editora. ISBN: 972-0-01115-7.

BENNER, Patrícia (2001) – **De Iniciado A Perito**. Coimbra: Quarteto. ISBN 972 – 8535 – 97 - X

BERGER, L.; MAILLOUX-POIRIER, D. (1995) – **Pessoas Idosas – Uma abordagem global – Processo de Enfermagem por Necessidades**. Lisboa, Lusodidacta.

BLANCHARD, E. B. (1982). **Behavioral medicine: past, present, and future**. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50 (6), 795-796

BRAUNWALD (1999) – **Tratado de Cardiologia**. 5ª ed.. Mexico: Printed in Mexico,. ISBN 970 – 10 – 1816 – 8 Volume I

BUGALHO, A. & Carneiro, A. (2004). **Intervenção para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas**. Lisboa: Ensaio de Cor Lda.

BURGESS, R. (1997) – **A pesquisa de terreno: uma introdução**. Oeiras: Celta Editora.

CARAPINHEIRO, Graça (1993). **Saberes e Poderes no Hospital. Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares**. Porto. Edições Afrontamento.1993.

CEIA, F; [et al.] (2002) - EPICA Study. Eur J Heart Failure. **New York Heart Association (NYHA)** Vol.4. (Agosto 2002). p.531-9

CHENG J, Nayar M. (2009) - A Review of Heart Failure Management in the Elderly Population. **The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy** Vol. 7.(October 2009). P. 233-249

COLLIÈRE, Marie-Françoise (1989) - **Promover a vida**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. ISBN 972-95420-0-7.

COLLIÈRE, Marie-Françoise (2001) – **Cuidar... A primeira Arte da Vida**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-53-53.

CORREIA, J. A. (1997) – Formação e trabalho: contributos para uma transformação dos modelos de pensar na sua articulação. In CANÁRIO, R. – **Formação e Situações de Trabalho**. Porto: Porto Editora. ISBN: 978-972-0-01115-2.

CORREIA, M.C.B. (2009) – A Observação Participante Enquanto Técnica de Investigação. In **Pensar Enfermagem**. Vol.,13 N.º 2, (Stembro de 2009). p30-36.
Acedido em 13/11/2011.Disponível em:
http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_30-36.pdf

COSTA, M. (2002) – **Cuidar Idosos: Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros**. Coimbra: Formasau. ISBN:972-8485-24-7.

COSTA, S. (2009) – **Polimedicção na população idosa portuguesa**. Lisboa. CEFAR.

DICKSTEIN K, et al. (2008). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. **The European Heart Journal**. Vol. 29. (2008):2388-2442.

Direção Geral de Saúde (2006). Glossário para as Unidades de Saúde Familiar. Lisboa: Ministério da Saúde: Direcção Geral de Saúde. Acedido em 2011 http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_46/Glossario_USF.pdf

DUNCAR-JACOB,J ET AL (2001) – Medication adherence in persons with

éticas - **Divulgação** – (Julho 1992), 23.

FIGUEIREDO, Daniela (2007) - **Cuidados familiares ao doente idoso dependente**. 1ª edição. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 978-972-796-276-1.

FLORES, M. I. (2004). **Empowerment e Promoção de Saúde: Uma Experiência Pedagógica**, in **Gestão da Doença e Qualidade em Saúde**, Caparica, Eujoa A. G., 1.ª ed.

GALBREATH AD, et al. (2004) Long-term health care and cost outcomes of disease management in a large, randomized, community-based population with heart failure. *Circulation*

GUIMARÃES, Paula (1999) – Aprender no local de trabalho: Um olhar sobre a formação e a enfermagem. IV Congresso Português de Sociologia, Disponível em www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR462dd3884baff_1.PDF, Acedido em 15/03/2012

HENDERSON, Virgínia (2004) - **Princípios Básicos dos cuidados de Enfermagem do CIE**. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-00-0

HENRIQUES. M. A. P. (2011) - **Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade Eficácia das intervenções de enfermagem**. Lisboa: Universidade de Lisboa. Dissertação de Doutoramento. Disponível em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3801/1/ulsd060959_td_MAdriana_Henriques.pdf

HESBEEN, Walter (2000) - **Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-1 1-8.

<http://www.google.com/search?q=Arquivos+brasileiros+de+cardiologia&rlz=1C1GGGEptPT393PT396&aq=f&oq=Arquivos+brasileiros+de+cardiologia&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

HUNT S, Abraham W, Chin M, et al. (2009) - Focused Update Incorporated into the -M, Rich. (2005). Office management of heart failure in the elderly. **The American Journal of Medicine**. Vol. 118. 342-348.

KAWAGUCHI M, Hay I, Fetters B, Kass D. (2003) Combined Ventricular Systolic and Arterial Stiffening in Patients With Heart Failure and Preserved Ejection Fraction: Implications for Systolic and Diastolic Reserve Limitations. **Circulation**. Vol. 107, (2003). 714-720.

LEITE, Elvira; MALPIQUE, Manuela; SANTOS, Milice (2001) - **Trabalho de Projecto: aprender por projectos centrados em problemas.** Porto, Edições Afrontamento. ISBN:972-36-0216-4.

MANGINI, S. et al. Insuficiência Cardíaca Descompensada na unidade de Emergência de Hospital especializado em cardiologia. Arquivo Brasileiro de Cardiologia. Vol.90 . (2008),ISSN0066-791525. Acedido a 2/5/2011. Disponível em <http://www.arquivosonline.com.br/2012/>

Ministério da Saúde (2003). **Programa nacional de prevenção e controlo das doenças cardiovasculares.** Lisboa: Ministério da Saúde : Direcção Geral de Saúde. Acedido em Fevereiro 2010 in [http:// www. dgs.pt](http://www.dgs.pt).

Ministério da Saúde (2003). Programa Nacional de prevenção e controlo das doenças Cardiovasculares. Lisboa: Ministério da Saúde: Direcção Geral de Saúde. Acedido em 2011 in <http://www.dga.pt>

MOURA, Claudia. (2006) - **Século XXI – Século do Envelhecimento.** 1º ed. Loures: Lusodidacta, ISBN 972-8930-34-8.

NESSLER J, SKRZYPEK A. (2008) - Chronic heart failure in the elderly: a current medical problem. **Polskie Arch Med Wewnetrznej.** Vol. 118, (Outubro2008). 572-580.

NIGHTINGALE. Florence. (2005) - **Notas Sobre Enfermagem.** Loures. Lusociência ISBN: 9789728383923

NÓVOA, A. (1988) - **A Formação tem que passar por aqui: as Histórias de Vida no Projecto Prosalus.** In Nóvoa, A. & Finger, M. (Org.), **O Método (auto)biográfico e a Formação.** Lisboa: Ministério da Saúde - Departamento de Recursos Humanos

NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério (2005) – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 972-99646-0-2.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) – **Estabelecer Parcerias com os Indivíduos e as Famílias para Promover a Adesão ao Tratamento:** Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). ISBN. 978-989-96021-1-3

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Servir** a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença **crónica.** Ordem dos

enfermeiros.2010. ISBN: 978-989-96012-9-9.Acedido em: 18/06/2011.Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) - **Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde**. Ordem dos enfermeiros.2007. Acedido em 2011 <http://www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2012/03/RMDE.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Acedido em 28/02/2011. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) - Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. **Dilvugar**. Acedido 9/5/2012. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro. Acedido a 12/10/2011. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

PACHECO, Francisco (1992) – A Morte a que chegamos – algumas reflexões

PAÚL,C; FONSECA,A.M (2001) - **Psicossociologia da saúde**. Lisboa: Climepsi Editores.

PIRES, Ana (2008) - **Aprendizagem de adultos: contextos e processos de desenvolvimento e reconhecimento de competências**. Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Setúbal. Seminário Novos Públicos no IPS: os Maiores de 23 anos. Acedido a: 11/05/2011. Disponível em: http://www.ips.pt/ips_si/web_gessi_docs.download_file?p_name=F446570191/Aprendizagem_de_adultos.pdf

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde. **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas**. Lisboa: DGS. ISBN 972-671-108-X

RABELO, E; [et al] (2005) - O que ensinar aos pacientes com insuficiência cardíaca e por que: o papel dos enfermeiros em clínicas de insuficiência. **Revista Latino Americana de Enfermagem** (Janeiro 2005) Vol.15. 165-70.

RIBEIRO, J. L.P. (1998)- **Psicologia da Saúde**. Lisboa:ISPA,1998

RUIVO,M.; FERRITO, C.; NUNES,L. (2010) – Metodologia de projecto: Colectânea Descritiva de etapas. **Percursos**. Nº15 (Jan-Março 2010). Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. ISSN 1646-5067. Acedido 5/6/2011. Disponível em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

SANCHES Isabel (2005) – Compreender, Agir, Mudar, Incluir. Da investigação-acção à educação inclusiva. **Revista Lusófona de educação**, 5, 127-142 - <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/rle/n5/n5a07.pdf>

SARMENTO, P.(2006) - Insuficiência Cardíaca Aguda: Características de uma População Hospitalar e Oportunidade para a Melhoria dos Cuidados Prestados. **Revista portuguesa de cardiologia**. Vol. 25, (Janeiro 2006). 13-27.

SEQUEIRA, Carlos (2010) - **Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental**. Lisboa, LIDEL, Edições Técnicas Lda. ISBN 978-972-757-717-0.

SOARES, M.A.S – **Avaliação da terapêutica potencialmente inapropriada no doente geriátrico**. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Farmácia Dissertação de Doutoramento.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA (2008) - Insuficiência Cardíaca Recomendações para o Diagnóstico e Tratamento da Insuficiência Cardíaca Aguda e Crónica a Dezembro de 2011. Disponível em http://www.spc.pt/DL/AreaCientifica/Recomendacoes/Insuf_Cardiaca.pdf

SPRADLEY, James P. (1980). **Participant Observation.Orlando-** Florida. Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.

STEWART S, HOROWITZ JD. (2002). Detecting early clinical deterioration in chronic heart failure patients post-acute hospitalisation – a critical component of multidisciplinary, home-based intervention? **Eur J heart Fail** 345-351

TANNER, E.K.(2004) – Chronic illness demands for self-management in older adults.**Geriatric Nursing** Vol. 25, (Maio 2004). 313-317.

TONES, K.; TILFORD, S. (1994) - **Health Education: Effectiveness, Efficiency and Equity**. London:Chapman and Hall.

TRINDADE, I., TEIXEIRA, J. (2000). **Psicologia nos cuidados de saúde primários**. Lisboa: Climepsi Editores.

VAN DER WAL MH, Jaarsma T, van Veldhuisen DJ (2005): Non-compliance in patients with heart failure; how can we manage it? **Eur J Heart Fail**. Vol. 5 (Janeiro 2005). 5-17.

WHO. (2003). Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. Geneva: World Health Organization. Acedido em 17/5/2011 <http://www.euro.who.int>

WHO. (2003). Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. Geneva: World Health Organization.

APÊNDICES

Apêndice 1- Índice de Tabelas

Apêndice 2 - Documento em Construção

Apêndice 3 - Formação em Contexto de Trabalho

Apêndice 4 – Nota de campo

Apêndice 1- Índice de Tabelas

Apêndice 1

Índice de Tabelas

Tabela I - Classificação da insuficiência cardíaca por anomalia estrutural	14
Tabela II - Necessidade de cuidados identificados pelos enfermeiros.....	35

Apêndice 2

Documento em Construção

Documento em Construção

Nota Introdutória

O **guia orientador** em **construção** pretende servir como instrumento de apoio de forma a sistematizar o atendimento do doente idoso/família numa Consulta de Enfermagem de Insuficiência Cardíaca. Tem como objetivos sistematizar alguns princípios e estratégias da consulta de enfermagem de insuficiência cardíaca para facilitar e promover o atendimento do doente idoso/família na consulta de enfermagem de insuficiência cardíaca.

A intervenção do enfermeiro na Consulta de Insuficiência Cardíaca constituiu uma oportunidade para assegurar e potenciar as aprendizagens do doente idoso com insuficiência cardíaca na adesão ao regime terapêutico. Capacitar a pessoa idosa/família para dar resposta às suas necessidades, atendendo ao seu contexto de vida promovemos a sua independência de maneira a aumentar a qualidade de vida diminuindo os seus internamentos hospitalares.

Os cuidados ao doente idoso visam essencialmente ajuda-lo a desenvolver-se, reconhecendo-lhe potencialidades para o fazer, ao cuidar do doente idoso torna-se necessário estar ainda mais atento, criar uma relação de confiança para poder penetrar no seu meio, nas suas crenças, valores e expectativas, aproveitar ao máximo as suas capacidades funcionais, para melhor ajudar a satisfazer as suas necessidades.

Assim as linhas orientadoras deste guia foram construídas de acordo com as prioridades identificadas pelos enfermeiros da consulta de enfermagem de insuficiência cardíaca. Foi um modo de aferir conceitos, valores e serviu para o grupo evoluir num atendimento mais consistente. Pretende ainda promover a uniformização nos procedimentos na consulta de enfermagem de insuficiência cardíaca ao doente idoso/família com insuficiência cardíaca.

Indicações gerais para a consulta de enfermagem de insuficiência cardíaca

As linhas orientadoras para a intervenção de enfermagem na consulta de enfermagem de insuficiência cardíaca são orientações gerais no sentido de envolver o doente idoso/família na adesão ao regime terapêutico. Pretende-se com este guia orientador uniformizar a intervenção de enfermagem de forma sistematizada. Assim surgem algumas questões gerais para serem geridas de forma personalizada e que auxiliem a

enfermeira na identificação do diagnóstico de enfermagem de forma a garantir o envolvimento do doente/família no tratamento quando este se encontrar em casa, baseadas nas guidelines da insuficiência cardíaca.

O guia orientador foi construído de acordo as necessidades de cuidados identificados pelos enfermeiros, tendo dado prioridade ao regime medicamentoso para a medicação e ao regime não medicamentoso para a alimentação e às aprendizagem de habilidades para prevenir complicações decorrentes da insuficiência cardíaca, os hábitos de exercício o uso de álcool, o uso de tabaco, e a sexualidade, medidas de prevenção/complicações também foram enunciados mas serão construídos já após ter encerrado o projeto.

Será utilizada a taxonomia da CIPE, visto ser a linguagem utilizada na Instituição a que o guia se destina.

Regime Terapêutico Medicamentoso

Regime Terapêutico Medicamentoso: Medicamentos
Apreciação
Regime Medicamentoso: Identifica e enumera o nome dos medicamentos? Conhece a aparência dos medicamentos? Conhece as ações terapêuticas e os efeitos secundários dos medicamentos? Faz uso de memorandos; Armazena corretamente os medicamentos e administra-os adequadamente? Sabe os riscos que corre se não tomar a medicação? Sabe os medicamentos que são vitais tomar, se tiver de prescindir de algum?

Validação
Com o doente/família: Toma a sua medicação sozinho ou necessita de ajuda de alguém? Se sim como, se não quem é que apoia e como? Quantos medicamentos faz por dia? Quais as horas a que toma cada medicamento? Sabe para que serve cada medicamento? Conhece os efeitos secundários deste medicamento (mostra a caixa de um medicamento)? Quais são? Onde é que guarda os medicamentos? Traz consigo o guia terapêutico?

Com o processo clínico: conferir prescrição do regime medicamentoso referido pelo doente.	
Conhecimento não demonstrado	Conhecimento demonstrado
<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre o conhecimento não demonstrado; - Ajustar horários da medicação aos horários do doente; - Marcação de consulta dentro de uma semana; - Telefonar dentro de dois dias; 	<ul style="list-style-type: none"> - Reforçar comportamentos positivos; - Marcação de consulta de acordo com a consulta médica;
Avaliação/Registo	
Identificação dos diagnósticos de enfermagem; Identificação das intervenções realizadas; Registo da avaliação e intervenções realizadas;	

Nota: Foi feita a identificação dos grupos dos medicamentos utilizados na insuficiência cardíaca, mas ainda se encontra em negociação a forma como se vão elaborar as linhas orientadoras deste guia e o carácter progressivo das áreas a serem discutidas pelo grupo dos enfermeiros

Regime Terapêutico não Medicamentoso

Regime Terapêutico não Medicamentoso – Hábitos alimentares , hábitos de exercício, uso de álcool, uso de tabaco, sexualidade , medidas de prevenção/complicações, aprendizagem de habilidades para prevenir complicações
Regime Terapêutico não Medicamentoso Hábitos alimentares/Autocuidados Comer e Beber
<p>Apreciação</p> <p>Comer: Quantas refeições faz diárias; Identificar tipo de dieta; Descrever os alimentos que compõem cada refeição; Uso do sal: adiciona sal na confeção dos alimentos ou à mesa; Utiliza substitutos do sal, quais; Quem confeciona os alimentos; Come sopa; Come em casa ou em restaurante; (...)</p>

Beber: Hábitos etílicos, identificar o tipo de bebida; Água, Chá, Leite, Café, Sumos, Iogurtes Líquidos, Refrigerantes (...) perguntar sempre a quantidade;	
Validação	
<p>Com o doente/família: Qual o tipo de alimentos come: peixe, carne branca, carne vermelha, arroz, massa, ovos, legumes, saladas, (...)? Como são as suas refeições (ver se são só à base de sopas, papas)? Utiliza manteiga ou creme vegetal para barrar o pão? Utiliza azeite ou outro tipo de gordura para cozinhar? Utiliza sal na confeção dos alimentos ou à mesa, quantificar (peso ou colher de sopa, de chá de café)? Adiciona especiarias, molhos, quais? Utiliza e outros alimentos pré-cozinhados ou enlatados? Produtos de charcutaria? Cozinha em casa ou come muitas vezes no restaurante, pede o prato do dia ou pede para confeccionar os alimentos sem sal? (...) Come fruta qual o tipo e quantas peças dia? Considera a sopa, papas, iogurte líquido, sumo da fruta, fruta (citrinos, melancia, melão abacaxi), leite, chá, café com leite, café, bebida alcoólica, refrigerantes, (...) como líquido ingerido?</p>	
Conhecimento não demonstrado	Conhecimento demonstrado
<ul style="list-style-type: none"> - Negociar plano de ação assistencial a seguir - Ensinar sobre o conhecimento não demonstrado; - Marcação de consulta dentro de uma semana; - Telefonar dentro de dois dias; 	<ul style="list-style-type: none"> - Marcação de consulta de acordo com a consulta médica; - Reforçar comportamentos positivos
Encaminhamento/Avaliação/Registo	
<p>Identificação dos diagnósticos de enfermagem; Identificação das intervenções realizadas; Registo da avaliação e intervenções realizadas; Registo e avaliação do plano negociado com o doente; Encaminhamento para os recursos existentes;</p>	

APRENDIZAGEM DE HABILIDADES PARA PREVENIR COMPLICAÇÕES DECORRENTES DA IC

Regime Terapêutico não Medicamentoso: Aprendizagem de habilidades para prevenir complicações decorrentes da IC

Apreciação

- Compreende a causa da insuficiência cardíaca e porque surgem os sintomas;
- Início dos sintomas sabe solicitar acompanhamento médico e de enfermagem atempadamente;
- Vigia e identifica sinais e sintomas de descompensação cardíaca (edema/congestão periférica, falta de ar, cansaço, fadiga, anorexia);
- Identifica o início precoce do aparecimento dos sinais de descompensação cardíaca;
- Relaciona os sinais de descompensação cardíaca;
- Avalia e regista diariamente o peso;
- Reconhece o significado aumento rápido de peso? Usa terapêutica diurética flexível, se apropriado e recomendado;
- Compreende as indicações, dosagens e efeitos secundários dos medicamentos;
- Identifica e relaciona a necessidade de aumentar o número de almofadas ou a elevação da cama com os sinais de descompensação cardíacas;
- Alterações do padrão de sono com necessidade de se levantar ou dormir sentado;
- Reconhece e relaciona a diminuição da diurese com o aumento dos edemas, falta de ar;
- Identifica e reconhece o significado da dificuldade em desempenhar as atividades de vida diárias com a progressão da doença;

Validação

Perguntar ao doente o que sabe sobre a doença? Sabe os sinais de alerta para descansar, para telefonar, para ir ao centro de saúde, ou ao hospital procurar o cardiologista?

Sabe como poupar esforços face aos seus hábitos diários?

Sabe a quem recorrer quando tem uma dúvida? Tem o nº de telefone? Sabe o nome

<p>dos enfermeiros e do médico e da consulta?</p> <p>Perguntar e observar se tem edemas e sua localização?</p> <p>Sabe como deve pesar-se; Pesa-se sempre na mesma balança, quando e como? Se tiver um aumento de peso corporal de 1 a 3Kg o que é que faz?</p> <p>Perguntar se quando fica mais cansado e sente necessidade de aumentar o número de almofadas, se sabe o porquê?</p>	
Conhecimento não demonstrado	Conhecimento demonstrado
<ul style="list-style-type: none"> - Negociar plano de ação assistencial a seguir - Ensinar sobre o conhecimento não demonstrado; - Marcação de consulta dentro de uma semana; 	<ul style="list-style-type: none"> - Marcação de consulta de acordo com a consulta médica;
Encaminhamento/Avaliação/Registo	
<p>Identificação dos diagnósticos de enfermagem; Identificação das intervenções realizadas; Registo da avaliação e intervenções realizadas; Registo e avaliação do plano negociado com o doente;</p>	

Nota – Em caso de doente com sinais evidentes de descompensação de insuficiência cardíaca o enfermeiro deve providenciar o encaminhamento para o médico de forma a reverter a situação com o objetivo de evitar o internamento do doente.

Também se encontram em fase de construção os protocolos terapêuticos que permitam a atuação imediata do enfermeiro em situação de descompensação evidente da doença.

Nota final

Este guia encontra-se no início da sua elaboração. A sua morosidade de construção deve-se ao facto de ser um trabalho partilhado pelo grupo de enfermeiros da consulta de insuficiência cardíaca. É um guia que se vai experienciando à medida que se vai elaborando por forma a ajustar-se às necessidades sentidas pelo grupo na procura de potenciar as aprendizagens do doente idoso com insuficiência cardíaca na adesão ao regime terapêutico.

No seu término será validado por um grupo de peritos de enfermeiros.

Apêndice 3

Formação em Contexto de Trabalho

Formação em Contexto de Trabalho

Plano da sessão

Reunião com os enfermeiros do Serviço de Cardiologia

Tema: Consulta de Enfermagem ao Doente Idoso com Insuficiência Cardíaca

Local: Serviço de Cardiologia – Sala de Reuniões

Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Cardiologia

Meios audiovisuais disponíveis: Computador e Projetor multimédia

Objetivos da Reunião

- Promover a partilha de saberes,
- Que os enfermeiros contribuam para a melhoria da avaliação inicial do serviço relativamente à NHF dos utentes com IC:

- NHF respirar
- NHF comer e beber
- NHF eliminar
- NHF sono e repouso
- NHF aprender
- NHF mobilidade
- NHF comunicar

- Adquirir contributos para a organização da consulta de enfermagem.

Metodologia:

- Descrever como funciona a consulta médica.
- Apresentação de estudo de caso para ser discutido.

Meta a atingir – Envolver os enfermeiros no projeto do serviço: Consulta de enfermagem de IC.

Enfermeira Elvira Moiro

Objetivos	Conteúdos	T empo	Metodologia	Material Pedagógicos
Promover a partilha de saberes	<p>Obter contributos partindo da experiência pessoa dos enfermeiros:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quais os registos necessários para os utentes com IC? - Que informação, o grupo considera pertinente incluir na colheita de dados? - Que informação necessita de estar mais pormenorizada? 		<p>Partilhar a experiência do estágio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atividades já realizadas, como a prestação de cuidados; - Observação da dinâmica de uma unidade semelhante à que se quer construir; -Início das negociações e recuperações mútuas envolvendo a equipa de enfermeiros. 	
Que os enfermeiros facultem contributos para a melhoria da avaliação inicial do serviço relativamente à NHF para os utentes com IC:	<ul style="list-style-type: none"> - Quais os itens a melhorar na avaliação inicial relativamente à NHF para os utentes com IC: <ul style="list-style-type: none"> • NHF respirar; comer e beber; eliminar; sono e repouso; aprender; mobilidade e comunicar. - A escolha de determinadas áreas na gestão do regime terapêutico prende-se com o facto de essas serem as que interferem ou interagem mais na IC. 		<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação de estudo de caso para ser discutido: Selecionar um cliente que documentei com detalhe, para que os registos sejam alvo de reflexão/discussão e assim salientar as áreas que predominam - protocolos para que os enfermeiros possam intervir. 	- Slides
Adquirir contributos para a organização da consulta de enfermagem.	<ul style="list-style-type: none"> - Como se articula o enfermeiro-médico? - Quem dá as orientações. 		- Descrever a consulta médica.	

Apêndice 4

Nota de campo

Descrição da Situação	Comentário
<p>O Sº Rui tem 65 anos de idade, concluiu o 6º ano do ensino básico em Moura de onde é natura. Reside sozinho no Feijó, Almada, num apartamento alugado de duas assoalhadas correspondente ao 2º andar com escadas sem elevador. Tem dois filhos casados, um reside no Cacem e outro no Seixal a quem recorre quando necessário. É pedreiro de profissão, atividade que desempenha sem dificuldade.</p> <p>Era fumador de 20 cigarros dia que reduziu, tolera o esforço, faz quatro refeições dia. Apresentava hábitos etanolicos marcados, cerveja e vinho tinto não especificou quantidade, mas ia bebendo ao longo do dia, que diz ter abandonado após o EAM.</p> <p>Sem edemas, pesa 75kg e mede 169cm. A nível da eliminação não apresenta qualquer dificuldade, no entanto refere que de manhã após a toma de um comprimido urina com mais frequência.</p> <p>Apresenta pele íntegra e hidratada.</p> <p>Dorme 6 a 7h ininterruptas com uma almofada.</p> <p>Desconhece alergias.</p> <p>Não apresenta qualquer limitação capacidade funcional, está independente nas AVD.</p> <p>Em Maio de 2011 esteve internado durante 6 dias no serviço de cardiologia por EAM. Durante o internamento realizou coronariografia que revelou doença de 3 vasos, tendo realizado angioplastia de um vaso (com implante de Stent farmacoactivo) .</p> <p>O senhor Rui diz-se saudável até à data mas foi dizendo que não fazia vigilância da saúde.</p> <p>Apresentava Hipercolesterolemia; HTA não controlada; Diabetes mellitus II até então desconhecida</p> <p>Foi encaminhado para a consulta de IC (Classe funcional NAYA I), por função cardíaca sistólica comprometida em cerca de 30%, pós EAM em Maio de 2011 foi ainda referenciado há consulta de endocrinologia.</p>	

<p>Após a alta clínica doente refere ter abandonado por completo o álcool mas não consegue abandonar o hábito de fumar, já fuma desde os 11 anos, diz ter reduzido para 6 a 7 cigarros dia. Demonstra conhecimento dos malefícios do tabaco verbalizando que isso prejudica a sua saúde “...entope as veias do coração” mas não consegue o abandono por completo, neste âmbito foi negociado com o doente pedir ajuda no seu médico de família visto que aqui no HGO as consultas de cessação tabágica estarem muito demoradas segundo a medica cardiologista.</p> <p>No decorrer da consulta e após a observação das análises verifiquei que a Hemoglobina glicosilada elevada, perguntei-lhe se costuma ter as glicemias elevadas, quantas vezes pesquisa e regista a glicemia ao dia. Refere que pesquisa duas vezes ao dia em jejum e à noite, porque está sempre elevada cerca de 200 mg/dl e às vezes mais alto, que não regista.</p> <p>Estava referenciado na nota de alta de enfermagem que tinha consulta de endocrinologia pedida e que tinha sido feito ensino sobre pesquisa de glicemia capilar, pelo que perguntei se já tinha ido à consulta de endocrinologia. Respondeu que desde Maio que estava a fazer como os enfermeiros lhe tinham ensinado durante o internamento no serviço de cardiologia e que a consulta estava marcada para Fevereiro de 2012.</p> <p>Para melhor entender o porquê destas hiperglicemias e melhor direcionar o encaminhamento questionei o doente sobre os seus hábitos alimentares. Quantas refeições faz diariamente e o que come em cada refeição, como confeciona os alimentos, qual a quantidade de sal que adiciona ao confecionar os alimentos, ou se utiliza o sal à mesa, qual a quantidade de açúcar que utiliza se come alimentos doces.</p> <p>Refere que ao pequeno almoço come dois <i>croissant</i> com manteiga, ao meio da manhã três a quatro peças de fruta, ao almoço come carne ou peixe com legumes e hidratos de carbono, não gosta muito de arroz e substitui por batatas e massas, mas come mais legumes, não faz o lanche e janta pouco por vezes sopa ou uma sandes com um copo de leite., Acompanha as principais refeições com coca cola.</p> <p>Refere que como vive sozinho a maior parte das vezes não lhe apetece cozinhar ao jantar.</p> <p>Durante a nossa conversa orientada para a avaliação dos hábitos de vida do doente apercebi-me que se encontrava mais recetivo à mudança dos hábitos alimentares pela forma como</p>	<p>Questões a incluir na avaliação inicial no campo livre</p> <p>Quantas refeições faz diariamente?</p> <p>O que come em cada refeição?</p> <p>Como confeciona os alimentos, adiciona sal açúcar?</p> <p>Ensinar sobre como registar as glicemias</p> <p>Negociar a substituição de alguns alimentos por outros, por exemplo substituir croissant com manteiga por pão com creme vegetal;</p> <p>Diminuir o numero de peças de fruta a meio da manhã;</p> <p>Introduzir o lanche, por ex: meio pão e leite, ou um iogurte com 3 a 4 bolachas sem sal e sem açúcar;</p> <p>Substituir o refrigerante por água em quantidade que não ultrapasse 1,5l/dia.</p> <p>Educação para a saúde</p> <p>Exemplo de Ementa Tipo</p> <p>Pequeno-Almoço:</p> <p>- Leite/Café cevada/Chá, sem</p>
--	--

<p>verbalizava a preocupação relacionada com a as hiperglicémias. Foi então meu objetivo ensinar sobre a alteração dos hábitos alimentares.</p> <p>O doente encontrava-se recetivo e manifestava-o pela forma como me interpelava em querer saber mais por ex: perguntava quantas peças de fruta podia comer, se antes ou depois da refeição, pois sempre ouviu dizer que esta era boa para a saúde. Foi-lhe explicado que a fruta é rica em açúcar pelo que não a devia ingerir a seguir à refeição mas sim no intervalo das grades refeições com um hidrato d e carbono associado (meia fatia de pão por exemplo) pelo facto de ser pedreiro precisa de energia para trabalhar. Ficou satisfeito e pediu-me para lhe escrever estas indicações num papel. Aproveitei esta oportunidade para ser ele a escrever e a dizer o que devia comer a cada refeição sob a minha orientação, assim elaboramos, em conjunto um “plano alimentar tipo” para um dia para assim lhe servir de modelo. Posteriormente este plano alimentar foi validado com a dietista.</p> <p>Foi reforçada a importância do registo em papel das glicemias, para levar à consulta de endocrinologia, neste âmbito foi-lhe dado uma folha e ensinado a registar nessa folha os valores das glicemias.</p> <p>Combinamos que se necessitasse de qualquer esclarecimento no intervalo da próxima consulta que me podia procurar no serviço de cardiologia, e que na próxima consulta iríamos aferir se a dieta estava a resultar ou não.</p> <p>Nesta consulta achei pertinente não aprofundar se o doente demonstra conhecimentos sobre os malefícios do tabaco pois o doente não se encontrava recetivo. Logo no início da consulta foi dizendo que agora não conseguia deixar de fumar e mostrou-se mais recetivo para o regime alimentar. No entanto foi reforçada a indicação que era importante mentalizar-se para o abandono do tabaco.</p> <p>O doente saiu satisfeito dizendo que tinha ganho tempo de vida ao ir a esta consulta, pois aprendeu “coisas” muito importantes sobre a alimentação, que nunca ninguém lhe tinha chamado a atenção e agora percebia porque é que as suas glicemias estavam tão alterados.</p> <p>Saiu da consulta com o compromisso que ia alterar os seus hábitos alimentares, seguindo o plano alimentar que tínhamos traçado em conjunto.</p>	<p>açúcar</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 bola de mistura (50g) com creme vegetal/queijo/fiambre sem sal e magro <p>Meio da Manhã: - 1 bola de mistura (50g) com creme vegetal/queijo/fiambre sem sal e magro ou 1 peça de fruta ou logurte magro (0% de açúcar)</p> <p>Almoço: - Sopa de legumes (pouca batata e sem arroz/massa/feijão/grão)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Carne/peixe (sem fritos, sem guisados e sem molhos) - 3 Batatas /4-5 colheres de sopa rasas de arroz ou massa cozida - Muitos legumes ou saladas. - Não comer pão; - Não comer fruta <p>1 a 2 h depois: 1 peça fruta (EVITAR: banana, uvas, figos e diospiros)</p> <p>Lanche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - logurte (0% de açúcar) /Leite/chá/café de cevada, sem açúcar - Meia a 1 bolinha de mistura (25-50g) com creme vegetal/queijo/fiambre <p>Jantar: Idêntico ao almoço</p> <p>1 a 2 h depois: 1 peça de fruta</p> <p>Ao deitar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leite/chá/iogurte, sem açúcar - Meia a 1 bolinha de mistura (25-50g) com creme vegetal/queijo/fiambre
---	---

<p>Foi meu objetivo educar o doente capacitando-o de algumas competências que o levem a modificar alguns comportamentos alimentares no entanto não pretendo ser pretensiosa e dizer que o consegui, apesar do seu empenho demonstrado não quer dizer que ele vá modificar os seus comportamentos alimentares.</p> <p>Considereei esta consulta um momento privilegiado que me levou a refletir sobre a forma como cuidamos os doentes no serviço de cardiologia e a forma como os abandonamos após a alta clínica. A maioria das vezes entregamo-nos às tarefas rotinadas do serviço esquecendo-nos da individualidade do doente deixando-o entregue a si mesmo não lhe fornecendo competências para gerir, aquando da alta, o seu processo de saúde/doença.</p>	
--	--